

## **Effektive Psychotherapie**

**– Gibt es therapierelevante Kompetenzen, welche bereits vor der  
Psychotherapieweiterbildung einen Einfluss auf spätere Therapieerfolge haben? –**

Inauguraldissertation an der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät

der Universität Bern

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Sandra Siegel, Bonn, Deutschland

M.Sc., M. adv. St., Psychologische Psychotherapeutin

Original document saved on the web server of the University Library of Bern.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) licence. To see the licence go to <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> or write to Creative Commons, PO Box

1866, Mountain View, CA 94042, USA

BORIS Theses, Bern, 2021

Von der Philosophisch-humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Bern auf Antrag von Prof. em. Dr. phil. Franz Caspar und Prof. Dr. rer. nat. habil. Stefan Westermann angenommen.

---

Ort, Datum der Abgabe der Pflichtexemplare

---

Der Dekan: Prof. Dr. Stefan Troche

## *Für meine Familie*

### **I. Danksagung**

*„So eine Arbeit wird eigentlich nie fertig, man muß sie für fertig erklären, wenn man nach Zeit und Umständen das Möglichste getan hat.“* So schrieb es bereits Goethe in seinem Werk *„Iphigenie auf Tauris“* aus dem Jahre 1779. Nun ist es bei mir so weit. Hiermit erkläre ich offiziell: Es ist vollbracht und *„ich habe fertig“*.

Sehr früh stand für mich fest, dass ich meine akademische Karriere mit der Dissertation fortführen wollte, da ich stets das Gefühl verspürte, nicht ganz fertig zu sein. Irgendetwas fehlte in meinem psychologischen und psychotherapeutischen Werdegang. So begann ich während der Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und meiner Arbeit als Stationspsychologin mit der Suche nach einem Thema. An dieser Stelle möchte ich ganz herzlich Prof. em. Dr. phil. Franz Caspar danken, dass er mich bei der Themenfindung und in der Dissertationsphase meines Lebens als Betreuer und Mentor unterstützt und gefördert hat. Besonders danke ich ihm für die Nutzungserlaubnis für die Datensätze aus dem Projekt *„Therapeutenmerkmale“* der Universität Bern. In diesem Rahmen richte ich auch meine herzlichsten Dank an all die Partizipanten an diesem Projekt, seien es nun die angehenden Psychotherapeut/Innen oder die Patient/Innen oder die mir unbekannten Hilfskräfte, welche das Projekt über die Jahre begleitet haben.

Außerdem möchte ich herzlich den Mitarbeitern der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie den Mitarbeitern der Psychotherapeutischen Praxisstelle des Instituts für Psychologie der Universität Bern danken. Ich wurde als externe Doktorandin sehr freundlich aufgenommen und erfuhr eine große Unterstützung bei der Datenakquise sowie der

Reflektion meiner Analyse und Vorgehensweise. Besonders möchte ich hier die wissenschaftlichen Hilfsassistenten Silvio Deplazes, Christoph Angehrn, Noëmi Seewer und Noëmi Brog erwähnen, die durch ihr Engagement die Kilometer zwischen Bern und Troisdorf überbrücken konnten, wenn ich nicht persönlich vor Ort sein konnte.

Bei den Auswertungen der Videomaterialien halfen Kerstin Braun, Anika Loschelders und Carolin Bogdoll. An dieser Stelle danke ich Frau Braun für die Zeit das Rating- System für Empathie und Therapeutenkompetenz sowie die Schulungsmodalitäten gemeinsam mit mir im Rahmen ihrer Masterarbeit zu entwickeln. Auch möchte ich an dieser Stelle Herrn Adrian Montesano danken, welcher mir große kollegiale Unterstützung bei dem Verständnis und der Auswertung der „Role Construct Repertory Grid“- Daten gewährte und mich auch im Anfangsprozess mit kritischen Fragen und Anmerkungen weiter brachte. Ferner möchte ich auch einen Dank an Frau Dr. Melanie Baumgarten der Universität Magdeburg, Frau Dr. Isabelle Schmutz Held aus Magglingen und Frau Dr. Julia Eversmann aus Osnabrück richten. Frau Baumgarten unterstützte mich in Verständnis und Deutung der Subskalen der Magdeburger Testbatterie für Soziale Intelligenz und stand mir mit Fragen freundlich und kompetent zur Verfügung. Frau Eversmann und (unbekannterweise) Frau Schmutz Held ermöglichten es mir, durch ihre Dissertationen, eine erste Orientierung für den Schreib- und Gliederungsprozess zu erlangen und meinen Blick für eine fokussierte Literaturrecherche und -zusammenfassung zu schärfen.

Außerdem möchte ich gern Andreas Bitschnau, Paul Hinnersmann und Isabel Hartwig für ihre Unterstützung im Prozess der Datenauswertung sowie ihren kollegialen Austausch über mögliche methodische Vorgehensweisen und statistische Hürden danken. Abschließend möchte ich Heike Klein für ihre Arbeit als meine Korrekturleserin und Kommafee sowie für die Unterstützung herzlich danken.

Trotz der vielen schon genannten Menschen, die den fachlichen Entstehungsprozess der Dissertationsprozess begleitet haben, fehlen noch die wichtigsten: Meine Familie.

Meinem Vater Heinz Siegel möchte ich dafür danken, dass er mich stets angetrieben hat, das Beste aus mir heraus zu holen. Deine kritische Haltung, deine Motivation und dein Ehrgeiz wirkten wie ein Motor auf mich. Jedes unserer Gespräche in meiner akademischen Laufbahn hat dazu beigetragen, meinen Weg fortzuschreiten, nicht aufzugeben und weiterzumachen. Doch du bist nicht nur ein Mann der Worte, sondern hast gerade in der Abschlussphase der Dissertation auch Taten sprechen lassen, um mich zu unterstützen. Nun stehe ich hier, mit dem Erfolg einer geschriebenen Dissertation. Danke, Papa.

Meiner Mutter Gabriele Siegel möchte ich ganz besonders danken, denn wir haben uns gemeinsam durch die Dissertation und Kindererziehung gekämpft. Mama, ich danke dir für all die Stunden, die du dich während deiner freien Tage um Leon, Chiara und mich gekümmert hast. Du warst da und hast mir Zeit geschenkt, wo du nur konntest, während ich recherchiert, gerechnet oder geschrieben habe. Du hast mir gut zuredet, dich für die Arbeit interessiert und mich nach jedem fertigen Kapitel angefeuert, auch wenn es mal schwierig war. Deine wohlwollenden und fürsorglichen Worte sowie deine liebevolle Art haben mir stets Kraft gegeben und mein Durchhaltevermögen gestärkt, um meine Ziele zu erreichen. Du hast zurückgesteckt, um mich zu unterstützen, nicht nur jetzt, sondern mein Leben ganzes Leben lang. Du bist die beste Mutter, die ich mir hätte wünschen können. Ich bin dir ewig dankbar und habe dich sehr lieb, Mama.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinem Ehemann Christopher Siegel. Ich bin dankbar, dass du mich in meinem Bestreben, die Dissertation anzugehen begleitet hast. Dieses innere Bestreben, akademisch noch etwas erreichen zu wollen und mich weiter entwickeln zu wollen, hast du verstanden und mitgetragen. Du hast mich bei jeder einzelnen Promotionsphase unterstützt, auch wenn du selbst gearbeitet oder studiert hast. Du warst in Troisdorf, in Bonn und in Bern. Du warst mein Excelspezialist, mein nächtlicher Datenrecherche-Partner, mein Motivator und mein Schreibtischbuddy. Doch nicht zuletzt warst du auch mein kontinuierlicher Zuhörer, ein großartiger Vater und natürlich auch mein Ausgleich in Phasen des Stresses. Ich danke dir, dass du da warst und den Weg vom Master zum Psychotherapeuten und vom Master zum Dr. phil. mit mir gemeinsam gegangen bist. Ich liebe dich.

Vielen Dank euch allen.

## II. Zusammenfassung/Abstract

In der vorliegenden Arbeit werden Therapeutenmerkmale vor Beginn der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten untersucht und deren Beziehung zu Therapieerfolg überprüft. Die Datenerhebung erfolgte multidimensional sowohl durch Fragebogendiagnostik, Beobachterverfahren, Reaktionszeitaufgaben, Bewertungsaufgaben und Interviewtechniken im Repertory Grid-Verfahren. Basis für die Messung des Therapieerfolgs bildet ein vielfach in der Forschung erprobtes composite-Item, welches die Komplexität des Faktors Therapieerfolg abbilden soll (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Flückiger et al., 2007). Die Grundlage der Hypothesenbildung, welche Therapeutenmerkmale konkret einen Fluss auf den Therapieerfolg nehmen können, bilden die empirischen Befunde von Beutler et al. (1994) und Beutler et al. (2004). Die theoretische Basis dieser Arbeit umfasst ein intergatives Modell aus Henry und Strupp (1994) und Grawe (1994; 2000). Von insgesamt 76 angehenden Psychotherapeut/Innen im Master of Advanced Studies in Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Universität Bern aus den Jahren 2008 bis 2013 wurden Prä-Daten erhoben. Insgesamt wurden 358 Therapieverläufen mit Patienten betrachtet. Aufgrund fehlender Werte konnten allerdings lediglich für  $N=104$  Fälle der Therapieerfolg berechnet werden. Es erfolgte eine rückwärtsgerichtete Regressionsberechnung von Therapieerfolg auf die postulierten Therapeutenmerkmale. Das Regressionsmodell mit den Therapeutenvariablen „FAMOS\_Bildung“ und „INK\_Leben auskosten“ wurde signifikant, wobei die einzelnen Komponenten des Modells keinen signifikanten Einfluss auf die Varianzaufklärung von  $R^2_{\text{Korr}}=0.46$  nehmen. Daher wurden zwei Faktorenanalysen berechnet, um zum einen das composite Item Therapieerfolg in einem Mehrfaktorenmodell darzustellen und zu anderen, zusätzlich erhobene Patientendaten, welche mit dem Therapieerfolg korrelieren für mögliche zusätzliche Varianzaufklärung in einem Finafaktorenmodell zu nutzen. Durch das Mehrfaktorenmodell mit vier Faktoren können 11.28% der Gesamtvarianz des Therapie-

erfolges von Prä-Merkmalen der Therapeuten aufgeklärt werden. Das Finalfaktorenmodell mit fünf Faktoren unter Einbezug fünf zusätzlicher Fragenbogenverfahren führt zu einer Varianzaufklärung von 12.8% des Therapieerfolgs. Das Finalfaktorenmodell bietet Vorteile für künftige Untersuchungen von Therapeutenmerkmalen, da mit den fünf Faktoren bis zu 70.976% der Varianz von Therapieerfolg aufgeklärt werden können, wohingegen der Mehrfaktorenmodell lediglich die Möglichkeit bietet 58.725% aufzuklären.

Auf Basis der Faktorenanalysen wurden rückwärtsgerichtete Regressionen von den einzelnen Faktoren auf die Therapeutenvariablen berechnet, welche mit dem jeweiligen Faktor korrelierten. Es zeigt sich übereinstimmend für beide Faktorenmodelle, dass Regressionsanalysen die Therapeutenmerkmale „Flexibilität auf das Bedürfnis des Patienten einzugehen“, „Soziale Wahrnehmung“ und das „Bildungsmotiv“ als Prädiktoren für eine Variation im späteren Therapieerfolg hervorbringen. Aufgrund der unterschiedlichen Faktorenmenge und Faktorendefinition gibt es allerdings auch Unterschiede.

Das Mehrfaktorenmodell zeigt folgende Faktoren von Therapieerfolg auf: „Belastungsreduktion“, „Persönlichkeitsentwicklung“, „explizite Veränderung“ und „Therapieprozess“. Das Finalfaktorenmodell bezieht unter anderem die Motive, Ressourcen und das Kongruenzerleben des Therapeuten mit ein und zeigt folgende Faktoren von Therapieerfolg: „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“, „Therapieprozess/-fortschritt“, „Psychische und physische Beschwerden“, „Motive“ und „explizite Veränderung“. Neben den oben dargelegten Überschneidungen der Variablen, gibt es auch Unterschiede zwischen dem Mehrfaktorenmodell und dem Finalfaktorenmodell in Bezug auf vier Merkmalsausprägungen.

Im Mehrfaktorenmodell wird der Faktor „Persönlichkeitsentwicklung“ des Therapieerfolges nicht nur durch das Bildungsmotiv des Therapeuten modelliert, sondern auch durch „Stabilität und Kongruenz“ des Therapeuten. Stattdessen findet sich im Finalfaktorenmodell



die Merkmalsausprägung „Altruismus“ wieder. Zudem gibt es hier die Therapeutenmerkmale „Gestaltungsfähigkeit der therapeutischen Beziehung“ und „Selbstbewusstsein“, welche eine Beziehung zu Therapieerfolg aufweisen.

Im Anschluss an die detaillierte Ergebnisdarstellung folgt eine Diskussion der Methodik und der Ergebnisse. Abschließend werden Ideen für weitere Forschungen und mögliche Auswirkungen dieser Studienerkenntnisse auf Auswahlprozesse und die Gestaltung der Weiterbildung zu Psychologischen Psychotherapeuten dargelegt.

*Stichwörter:* Therapeutenmerkmale vor Weiterbildungsbeginn, Therapieerfolg, Faktoren von Therapieerfolg, Soziale Wahrnehmung, Flexibilität, Bildungsmotiv, Kongruenz, Altruismus, Therapeutische Beziehung, Selbstbewusstsein

This paper throws up the question what kind of therapist characteristics, which are soon established in Master of Science Psychologists before beginning the postgraduate professional education, affect therapeutic outcome. Data was collected by using multidimensional methods so as questionnaires, roleplays, rating technique, tasks to measure reaction time and interview techniques in the repertory grid technique. To measure therapeutic outcome, a composite item was used, which can show the complexity of the therapeutic process and effects (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990; Flückiger et al., 2007). The basis for this research is the theoretical and empirical background of Grawe (1994;2000) and Henry and Strupp (1994) so as well Beutler et al. (1994) and Beutler et al. (2004). With 76 novices who were up to start the postgraduate education of the University of Bern to become a psychotherapist, predata was collected from the cohorts 2008 to 2013. These therapists attend to 358 clients over their practice. Unfortunately, according to missing data, there could be calculated a value for therapeutic outcome only for N=104. Within this data multiple correlations were found between the therapeutic characteristics. The first regression model was calculated by backward regression from therapeutic outcome to the therapeutic characteristic before postgraduate education. A significant model with  $R^2_{\text{Korr}}=0.46$  and the variables “FAMOS\_education” and “INK\_enjoy life” appeared without a specific significant influence of the model factors. So, in further exploration two different factor analyses were calculated to find specific influence of pre-characteristics on the therapeutic outcome. The first factor analysis, based on the “therapeutic outcome”, lead to four specific factors of therapeutic outcome. To include more correlated data of the composite item and to check the possibility to explain more variance of therapeutic outcome, a second and independent factor analysis was calculated which lead to five factors of therapeutic outcome. 11.28% % of the variance in therapeutic outcome is explained by using the first factor analysis. 12.8% of the variance in therapeutic outcome is explained by using the second factor analysis. The second factor analysis may have

advantages, by researches of therapeutic characteristics because five factors increase the possibility to explain the variance of therapeutic outcome from 58.725% by four factors to 70.976% by five factors.

Afterwards there were calculated single linear backward regressions from each factor to the therapist characteristics which correlated previously with the given factor. The results show that in the two factor analyses flexibility to react on patient's needs, social perception and the motive of education show a relation in a positive direction with the depended variable. But there are also differences.

The first factor analysis reveals four factors: "harm reduction", "personality development", "explicit change" and "therapeutic process". The second factor analysis shows five factors: "Wellbeing/congruence", "therapeutic process and progress", "psychological and physical pain", "motives" and "explicit change". Another difference between these two analyses is that within the first analysis, the factor "personality development" is related not only by the motive of education but also by the "positivity and congruence" of the therapist. Instead of this in the second analysis the characteristic "altruism". Besides there is modulation of the ability to create therapeutic relationship, so as well self-consciousness. Afterwards the results and possible impacts on the postgraduate education of psychologists are discussed. In conclusion there are given ideas for further research.

*Keywords:* therapist characteristics pre postgraduate education, therapeutic outcome, factors of therapeutic outcome, social perception, flexibility, motive of education, congruence, altruism, therapeutic relation, self-consciousness

### III. Inhaltsverzeichnis

I. Danksagung.....	3
II. Zusammenfassung/ Abstract.....	7
III. Inhaltsverzeichnis .....	122
1. Einleitung .....	166
2. Theoretische Basis.....	21
2.1 Aktueller Forschungsstand .....	21
2.1.1 Gegenüberstellung RCT und ESP .....	23
2.1.2 Befundlage: Merkmale effektiver Psychotherapeuten .....	24
2.1.2.1 Bildung und akademische Leistung .....	24
2.1.2.2 Persönlichkeitseigenschaften und Kompetenzen .....	28
2.1.2.3 Soziale Kompetenzen .....	34
2.2 Theoretische Betrachtung der Einflussnahme des Therapeuten auf den Therapieerfolg auf Basis der Konsistenztheorie nach Grawe .....	36
2.2.1 Einführung in das Modell der allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie .....	36
2.2.2 Beschreibung des Konsistenztheoretischen Modells nach Grawe .....	37
2.2.3 Betrachtung des Therapeuten aus konsistenztheoretischer Sicht .....	39
2.3 Theoretische Betrachtung der Einflussnahme des Therapeuten auf den Therapieerfolg auf Basis des interpersonalen Prozess-Modells der Psychotherapie nach Henry und Strupp .....	41
2.4 Integration der theoretischen Annahmen in ein gemeinsames Modell .....	45
3. Konkretisierung der Fragestellung .....	49
3.1 Definition von Expertise und Darstellung des Therapieerfolgs .....	49

3.2 Hypothesen .....	51
4. Methodik .....	53
4.1 Allgemeine Rahmenbedingungen .....	53
4.2 Messmittel .....	56
4.2.1 Rollenspiel.....	56
4.2.2.1 Beschreibungen der Patientenrollen.....	57
4.2.2.2 Ratingbogen und Raterausbildung .....	61
4.2.2 Unsicherheitsfragebogen .....	75
4.2.3 Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz .....	75
4.2.4 Repertory Grid Technique.....	76
4.2.5 Magdeburger Testbatterie zur sozialen Intelligenz (Teilversion) .....	77
4.2.6 NEO-Fünf-Faktoren-Inventar.....	79
4.2.7 Persönlichkeits- Stil und -Störungs-Inventar .....	81
4.2.8 Fragebogen zur Präferenz für Intuition und Deliberation .....	81
4.2.9 Social Desirability Scale .....	81
4.2.10 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme.....	82
4.2.11 Brief Symptom Inventory.....	84
4.2.12 Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung- (Kurzversion).....	85
4.2.13 Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata .....	86
4.2.14 Inkongruenzfragebogen.....	89
4.2.15 Berner Fragebogen zum Wohlbefinden .....	90
4.2.16 Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (Kurzversion) .....	91

4.2.17 Goal-Attainment Scaling.....	92
4.2.18 Stundenbogen StB2000 Therapeut und Patient.....	93
4.2.19 Bochumer Veränderungsbogen .....	95
4.2.20 Supervisorenbogen .....	96
4.3 Durchführung .....	97
5. Auswertung .....	100
5.1 Stichprobe.....	100
5.2 Maß für Therapieerfolg .....	104
5.3 Studienspezifische Auswertungshinweise.....	107
6. Ergebnisdarstellung .....	107
6.1 Korrelative Befunde der einzelnen Items .....	107
6.2 Faktorenanalyse.....	109
6.3 Regression .....	116
6.4 Vertiefende Analyse .....	1311
6.4.1 BFWE.....	1333
6.4.2 RES.....	1533
6.4.3 FAMOS und INK .....	1611
6.4.4 Stundenbögen .....	178
6.5 Faktorenanalyse „Finalfaktoren“.....	192
6.6 Regression „Finalfaktoren“ .....	199
6.7 Anmerkung: Betrachtung direkter Messmittel und Prozessvariablen .....	21919

6.8 Kurzdarstellung der Ergebnisse und Fazit.....	2200
6.9 Rückgriff auf die gestellten Hypothesen .....	2266
6.9.1 Hypothese 1 .....	2266
6.9.2 Hypothese 2 .....	2288
6.9.3 Hypothese 3 .....	2311
7. Diskussion .....	2333
7.1 Diskussion der Methodik und Ergebnisse .....	2333
7.2 Verbindung zwischen den Ergebnissen und der bekannten Forschung .....	2400
7.3 Implikationen für Forschung und Praxis der Therapeutenweiterbildung.....	2466
8. Literaturverzeichnis.....	2522
9. Tabellenverzeichnis.....	2744
10. Abbildungsverzeichnis .....	286
11. Anhang.....	287

## 1. Einleitung

Spätestens mit der „kognitiven Wende“ entwickelte sich die geisteswissenschaftliche Psychologie und Psychotherapie zur empirisch fundierten Wissenschaft. Die Methodik und deren Wirkung im Therapieprozess und auf den Therapieerfolg wurden von nun an ausführlich betrachtet, untersucht und hinterfragt. Mit dem Ziel der Qualitätssicherung kam es, vor allem in der kognitiven Verhaltenstherapie, zu einem Aufschwung manualisierter Psychotherapie, welche unabhängig vom durchführenden Therapeuten<sup>1</sup> effektiv und wirkungsvoll sein sollte. Die Variablen Therapeut und Beziehung traten hier in den Hintergrund und wurden für sekundär oder weniger bedeutsam erachtet, als die Methodik.

Ab den späten 70er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts kam es zu einem erneuten Wechsel des psychotherapeutischen Denkens. Mit Klaus Grawe begann die Hinwendung zur individuumorientierten Psychotherapie (Lutz, 2003). Innerhalb dieser noch immer andauernden „emotionalen Wende“ oder auch „Dritten Welle“ wird, im Gegensatz zur rein methodik- und schulenspezifischen Betrachtungsweise, auf die emotionale, achtsamkeitsorientierte und ganzheitliche Arbeit zwischen den zwei Protagonisten innerhalb der psychotherapeutischen Sitzung fokussiert: Dem Patienten<sup>2</sup> und dem Therapeuten (Batra, 2013). Zwar gibt es kritische Stimmen, welche in der Dritten Welle eine Rückkehr zur schulenorientierten Haltungen, so zum Beispiel in der schematherapeutischen Behandlungsmethodik, sehen und ebenso eine zu geringe Fokussierung auf die individuelle Fallkonzeptionierung. Doch soll dies hier nicht näher beleuchtet werden. Aus Berner Perspektive soll die Wichtigkeit einer individuell ausgerichteten Psychotherapie anhand einer patientenspezifischen Fallkonzeption und damit einhergehender Bedürfnisorientierung seitens

---

<sup>1</sup> In der vorliegenden Arbeit wird vorwiegend die männliche Form verwendet. Dies dient vor allem der Erleichterung des Leseflusses und wird als grammatikalische Neutralität verstanden. In der Regel meint die Bezeichnung „Therapeut“ oder „Psychotherapeut“ stets beide Geschlechter.

<sup>2</sup> Auch im Falle des Wortes „Patient“ ist die männliche Form als Neutralitätsausdruck zu verstehen. In der Regel werden auch hier beide Geschlechter angesprochen, außer es wird gesondert gekennzeichnet.



des Therapeuten auf den Patienten betont werden, was einen deutlichen Paradigmenwechsel im Vergleich zur manualisierten Psychotherapie darstellt. Die Wichtigkeit der Variablen Therapeut und Patient und deren Beziehung im Therapieprozess sind aus Berner Perspektive hervorzuheben, auch wenn die Beziehungskomponente während der Störungsorientierungs- und Manualisierungswelle vorübergehend in den Hintergrund trat (Zimmer, 1983; Seiderer-Hartig, 1980; Grawe & Dzewas, 1978).

Laut Norcross (2002) versteht sich ein guter Verhaltenstherapeut nicht nur in der korrekten Ausübung seines Manuals, sondern in der adäquaten Beziehungsgestaltung und individuell orientierten Therapie seines Patienten. Ein effektiver Verhaltenstherapeut versteht es spezifische Methoden anzuwenden und tragfähige Beziehungsangebote zu machen. Diese Techniken und Angebote kann er patientenorientiert modellieren und an den jeweiligen Therapierahmen anpassen, sodass eine auf das Individuum angepasste Psychotherapie innerhalb allgemeingültiger Leitlinien entsteht.

Einige Forscher warfen bereits die Frage auf, was genau einen effektiven Psychotherapeuten ausmacht. Der bisherige Forschungsstand hierzu wird im weiteren Verlauf der Arbeit näher erläutert, denn darauf stützt sich die Fragestellung dieser Dissertation. Vorweggreifend kann ausgeführt werden, dass die bisherige Forschung nicht unterscheidet zwischen den Fähigkeiten oder Fertigkeiten, welcher ein Therapeut in seiner Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeut erlernen kann und den Voraussetzungen, welche bereits vorhanden sein sollten, um die Weiterbildung antreten zu können.

In dieser Arbeit wird die Hypothese aufgestellt, dass einige aus der Forschung bekannte Fähigkeiten und Fertigkeiten effektiver Psychotherapeuten wohl schon vor Beginn der Weiterbildung ausgebildet sein sollten, damit entsprechende Psychotherapeuten nach ihrem Abschluss erfolgreicher therapieren als ihre Kollegen und Kolleginnen. Die

Forschungsrelevanz dieser Hypothese ist laut Caspar (2008a) definitiv gegeben. Bislang wurde die Frage noch nicht hinreichend beantwortet, welche Merkmale bereits vor Weiterbildungsantritt höher ausgeprägt oder vorhanden sein müssen, damit dieser später eine gute Behandlungseffektivität erreicht. Dies ist durchaus bedenklich, da der Psychotherapeut als Interaktionsperson innerhalb der therapeutischen Beziehung, neben der eigentlichen Methodik und Klientenfaktoren eine wichtige Determinante für den Therapieerfolg darstellt (Assay, 1999; Caspar, 2017). Zudem weisen aktuelle Befunde darauf hin, dass nicht nur die Person der Therapeuten, sondern auch deren Qualifikation eine notwendige Voraussetzung für effektive Psychotherapie darstellt (Härter et al., 2003).

Die Weiterbildungsinstitute stehen somit nicht nur in der Pflicht, adäquate Therapeuten auszubilden, sondern auch vor Weiterbildungsbeginn geeignete Kandidaten auszuwählen, um ineffektive Psychotherapie in Zukunft zu verhindern und im Sinne des Qualitätsmanagements hochwertige Psychotherapien im ambulanten und klinischen Sektor fördern (Bergin, 1997). Aus diesem Grunde sprach sich beispielsweise Eversmann (2008) in ihrer Dissertation dafür aus, die Auswahlverfahren für Weiterbildungskandidaten empirisch zu untermauern. Sie untersuchte die psychometrische und eignungsdiagnostische Validität des Auswahlverfahrens an der Universität Osnabrück. Erste korrelative Befunde zwischen interpersonellen Kompetenzen vor Weiterbildungsbeginn, Supervisoreneinschätzungen zur Therapeutischen Eignung der Jungtherapeuten und regulären Therapieabschlüssen konnten identifiziert werden.

Leider liegen aktuell keine standardisierten und empirisch fundierten Auswahlverfahren für Weiterbildungskandidaten im Bereich der Psychotherapie in Deutschland vor. Einige Institute verwenden Fragebogendiagnostik, andere die Auswertung eines Motivationsschreibens und andere wiederum führen unstandardisierte Auswahlgespräche und bewerten ihre Bewerber nach subjektiven Kriterien. Diese Diversität

und fehlende wissenschaftliche Fundierung kann verheerende Folgen haben, da Studien darauf hinweisen, dass trotz aufwendiger Auswahlverfahren noch immer Kandidaten zur Weiterbildung zugelassen werden, die sich letztlich als ungeeignete Therapeuten erweisen (Kuhr, 1998). Aber auch das Gegenteil könnte der Fall sein. Aufgrund der eben benannten fehlenden Standardisierung und fehlenden Objektivierung kann es sein, dass geeignete Weiterbildungskandidaten in Ermangelung eines adäquaten Auswahlverfahrens mit entsprechenden wissenschaftlich fundierten Kriterien abgelehnt werden. Anfängliche Defizite in später erlernbaren Fertigkeiten können im Verlauf der Weiterbildung ausgeglichen werden, notwendige Teilnahmebedingungen allerdings nicht. Beide Szenarien würden zum Leidwesen der Patienten werden, da potentiell effektive Therapeuten keine Weiterbildungschance erhalten oder ineffektive Therapeuten Teil der psychotherapeutischen Versorgung werden würden.

Caspar (1997) beschreibt eine Utopie der Auswahl von Interessenten an einer Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Er schildert, dass die „zweit wichtigste Person in der Psychotherapie- der Therapeut“ (Caspar, 1997, S.120) schon im Auswahlverfahren näher beleuchtet werden sollte. Dieses Auswahlverfahren sollte sowohl Persönlichkeitseigenschaften, individuelle Fähigkeiten und die Informationsverarbeitung der Anwärter avisieren. Je detaillierter und wissenschaftlich fundierter die Akquise von angehenden Psychotherapeuten ist, desto besser kann eine Ausbildung und ein Training notwendiger Fertigkeiten eines Psychotherapeuten aussehen. In Caspars Utopie wird eine Psychotherapieweiterbildung dargestellt, welche mehr als störungsspezifische und methodenassoziierte Fertigkeiten und Wissen vermittelt. In einer Psychotherapieweiterbildung mit geeigneten Weiterbildungskandidaten kann ein Training der eigenen Kompetenzen, ein Erwerb erlernbarer Fertigkeiten und ein persönliches Wachstum des

Therapeuten mit computerunterstützten Lernprogrammen und entwicklungsorientierten Rollenspielen über Methodikwissen hinaus stattfinden.

Die Beantwortung der hier postulierten Forschungsfrage „Gibt es therapierelevante Kompetenzen, welche bereits vor der Psychotherapieweiterbildung einen Einfluss auf spätere Therapieerfolge haben“ und so effektive von ineffektiven Therapeuten unterscheiden kann den Zugang zu Weiterbildungsinstituten verändern. Ist es möglich innerhalb dieser Dissertation im Detail zu forschen und konkrete Merkmale zu identifizieren, die vor Antritt der Weiterbildung vorhanden sein müssen, so können Auswahlverfahren zukünftig empirisch fundiert und gegebenenfalls standardisiert auf diese Merkmale ausgerichtet werden. Ziel ist es Therapeutenmerkmale vor Weiterbildungsbeginn zu finden, die einen relevanten Varianzanteil des Therapieerfolges aufklären. In der Auswahl der Therapeutenmerkmale wurde auf die Erkenntnisse aktueller Studien zu Einflussvariablen des Therapeuten auf die Therapieeffektivität zurückgegriffen. Zusammengefasst soll innerhalb der vorliegenden Arbeit die Qualitätssicherung in der Psychotherapeutischen Behandlung gefördert werden, indem Kriterien zur Zulassung von Psychotherapeuten in Weiterbildung identifiziert werden. Die Arbeit gibt zwar auch Auskünfte über erhobene Persönlichkeitsdiagnostik, doch soll die Fähigkeitsdiagnostik im Vordergrund stehen.

Zunächst wird der aktuelle Forschungsstand näher beleuchtet. Mit Betrachtung unterschiedlicher Studiendesigns der letzten Jahre erfolgt eine Überleitung zum Forschungsschwerpunkt „Psychotherapeut“. Die Einflusskomponente „Therapeut“ im Therapieprozess und in Bezug auf das Therapieergebnis wird fokussiert. Merkmale effektiver Therapeuten werden in den Bereichen Persönlichkeit und Fähigkeiten betrachtet. Im Anschluss daran werden auf Basis der Konsistenztheorie nach Grawe (2004) theoretische Überlegungen bereits in der Literatur postulierten Einflussfaktoren innerhalb der Therapeutenmerkmale dargestellt. Ausgewählte Eignungskriterien, Ressourcen und

Fähigkeiten von kompetenten Psychotherapeuten werden skizziert. Er folgt eine Ergänzung um das interpersonale Prozessmodell nach Henry und Strupp (1994), was letztlich in eine Integration der theoretischen Annahmen mündet als Grundlage für die Studienplanung herangezogen.

Im Anschluss an die theoretische Fundierung der Arbeit werden die Forschungshypothesen konkretisiert und die Messmittel sowie die Rahmenbedingungen der Studie erläutert. In Bezug auf die Messmittel erfolgt zunächst eine allgemeine Beschreibung der einzelnen Methode und im Abschnitt „Durchführung“ eine explizite Darstellung des Einsatzes der unterschiedlichen Fragebögen und Datenerhebungsinstrumente in hiesiger Dissertation. In der Arbeit werden sodann die Auswertung der vorliegenden Daten und deren Ergebnisdarstellung aufgeführt. Abschließend werden die Ergebnisse in den im interpretiert und diskutiert, was letztlich in einen Ausblick auf mögliche weitere Forschungsfragen mündet.

## **2. Theoretische Basis**

### **2.1 Aktueller Forschungsstand**

Innerhalb der letzten Jahre wurde die Person des Psychotherapeuten und dessen Einfluss auf die Psychotherapie in der Psychotherapieforschung näher betrachtet. Entgegen der damals vorherrschenden Auffassung, die Person des Psychotherapeuten sei lediglich die ausführende, für die Effektivität einer therapeutischen Methode irrelevante Komponente in der Psychotherapie (Kiesler, 1966), weisen aktuelle Studien darauf hin, dass der Therapeut einen wichtigen Einflussfaktor für den Therapieerfolg darstellt (Okiishi, 2003; Asay & Lambert, 1999; Lutz et al., 2007; Huppert et al., 2001; Castonguay & Hill, 2017). Der Faktor „Therapeut“ wurde aus unterschiedlichen Blickwinkeln und in unterschiedlichen Phasen seines Wirkens beleuchtet.

In den vier Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Lambert bildet der Therapeut als Individuum keinen eigenen Faktor ab. Anteile und Wirken des Therapeuten werden aber in der therapeutischen Beziehung mit etwa 30% Anteil an Varianzaufklärung und in der Methodik mit 15% Varianzanteil am Therapieerfolg deutlich (Lambert, 1992). Wie viel Varianz die Merkmale der Person „Psychotherapeut“ in diesen 45% Varianz aufklären, bleibt ungeklärt. Andere Autoren gehen konkreter auf die Person Psychotherapeut ein. Während beispielsweise bei Okiishi (2003) angehende psychologische Psychotherapeuten in der Weiterbildungsphase betrachtet wurden, untersuchten unter anderem Lutz et al. (2007) Qualitätsunterschiede bei niedergelassenen Psychotherapeuten mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung. Lutz et al. (2007) zeigten auf, dass 17,25 % der Varianz des Therapieerfolges durch Unterschiede zwischen den Therapeuten aufgeklärt werden konnte. Eine vorgenommene Kreuzvalidierungen anhand zweier zufällig gezogener Substichproben von Therapeuten konnten diese Befunde bestätigen. Okiishi et al. (2003) führten bei ihrer Auswertung eine Korrektur der Extremwerte und Ausreißer durch. Nach beschriebener Korrektur lag die Varianzaufklärung durch den Faktor „Therapeut“ bei angehenden Psychotherapeuten in Ausbildung bei 8,17%. Huppert et al. (2001) untersuchten den Einfluss hochqualifizierter und ausgebildeter Therapeuten in kognitiver Verhaltenstherapie bei der Therapie von Patienten mit Panikstörung. Hier zeigte sich eine Varianz des Einflusses der Therapeuten und seiner Merkmale von 0% bis 18%. Die Autoren interpretieren diese Ergebnisse so, dass Therapeuten sogar trotz relativer Ähnlichkeit bei der Weiterbildung und der Methode bei ein und demselben Störungsbild eine unterschiedliche Einflussgröße haben können. Es ist hierbei allerdings nicht eindeutig identifiziert, welche Faktoren im Detail den Unterschied zwischen den einzelnen vermeintlich ähnlichen Therapeuten hervorrufen. Über verschiedene Studien hinweg lässt sich also subsumieren, dass der Therapeut einen varianzaufklärenden Faktor im Genesungsprozess des Patienten darstellt. Die Art und Weise

oder das Ausmaß des Therapeuteneinflusses variiert allerdings je Studiendesign und Stichprobe.

### ***2.1.1 Gegenüberstellung RCT und ESP***

Aktuell scheint sich eine allgemeine Trendwende im Bereich der Psychotherapieforschung abzuzeichnen. Das Studiendesign wandelt sich von der Identifikation einer empirisch als wirksam erwiesenen Methodik („empirically supported treatment; EST“) oder Schulenzugehörigkeit der einzelnen Psychotherapeuten, hin zur Erforschung empirisch unterstützter Behandlungsprinzipien („empirically supported principles; ESP“) (Tschuschke & Czogalik, 1990; Wolf, 2019; Castonguay et al., 2019). Diese Veränderung im wissenschaftlichen Denken trägt unweigerlich dazu bei, dass neben den therapeutischen Methoden auch andere Variablen, wie beispielsweise Patienten- und Therapeutenmerkmale an Bedeutung gewinnen. Im Folgenden sollen der unterschiedliche Fokus der EST und ESP kurz dargestellt werden.

In empirisch stark kontrollierten Studiendesigns wie beispielsweise den RCT's („randomized controlled trials“) werden psychotherapeutische Methoden im Sinne der EST erforscht. Doch wird dieses Vorgehen in der Psychotherapieforschung kritisiert, da es von einem „mechanischen Menschenbild“ ausgehe, was nicht mit dem aktuellen emanzipatorisch-humanistischen Menschenbild zu vereinbaren sei (Mattejat, 2014). Das rein manualisierte Vorgehen würde der Komplexität psychischer Erkrankungen, in häufig komorbider Ausprägung, nicht gerecht werden und die Individualität der Patienten mit unterschiedlichen Bedürfnissen nicht beachten. Neben diesen grundsätzlichen theoretischen Gesichtspunkten, wird die mangelnde externe Validität der RCT's von deren Kritikern angemerkt (Mad et al., 2008). Der Fokus auf die Effektivität der therapeutischen Methode oder die Wirksamkeit des genutzten Manuals, würde andere zum Therapieerfolg beitragende Variablen, so auch den Faktor „Therapeut“ oder die therapeutische Beziehung ignorieren. Die klinische Realität in

ambulanten oder stationären Psychotherapiebereichen könne durch die RCT's nicht abgebildet werden (Mattejat, 2014).

In ESP – orientierten Studiendesigns werden unterschiedliche Prädiktoren für den Therapieerfolg in verschiedenen Variablenbereichen betrachtet. Sie können beispielsweise unterteilt werden in Therapeutenmerkmale, Patientenmerkmale, Umgebungs- und Beziehungsmerkmale sowie auch Methodenmerkmale (Mattejat, 2014). Mit Hinblick auf die Prüfung der klinischen Signifikanz im Gegensatz zur statistischen Signifikanz, empfehlen Kritiker der naturwissenschaftlich-experimentellen Paradigmen eine Hinwendung zu naturalistischen Studien (effectiveness-Studien als Ergänzung zu den efficacy-Studien). Hier ist zu erwähnen, dass Weisz et al. (1995) in ihren Untersuchungen lediglich marginale Effekte, wenn nicht sogar keine signifikanten Effekte im klinisch repräsentativen Untersuchungsbedingungen gefunden haben. Andere Autoren sprechen sich im Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen dafür aus, beispielsweise Wirkprinzipien auf Seiten des Therapeuten empirisch darlegen zu können (Grawe, 1994; Castonguay & Beutler, 2006).

### ***2.1.2 Befundlage: Merkmale effektiver Psychotherapeuten***

**2.1.2.1 Bildung und akademische Leistung.** Mit der während des Bologna Prozesses 1999 unterzeichneten Erklärung zur europäübergreifenden Umstellung der einzelnen nationalen Studienabschlüsse auf ein international einheitliches zwei- beziehungsweise dreistufiges Abschlusssystem (Bachelor- Master-Doktor), verpflichteten sich die teilnehmenden Staaten zur Vereinheitlichung des europäischen Hochschulsystems bis 2010 (Walter, 2006). Neben den positiven Effekten der internationalen Vergleichbarkeit stellten sich aber auch nationale Schwierigkeiten ein. Beispielsweise sah die zu dem Zeitpunkt aktuelle Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychotherapeuten in Deutschland, den Universitätsabschluss Diplom als Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten vor. Eine Zulassung von Masterabsolventen sah die



Prüfungsordnung nicht vor, sodass sogenannte Äquivalenzbescheinigungen den Masterabsolventen der Psychologie zum Beginn der Weiterbildung<sup>3</sup> verhalfen. Doch wurden Forderungen nach einer Reform des Psychotherapeutengesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten laut. Bislang dauert die Übergangsregelung an, dass Masterabsolventen mit vorliegender Äquivalenzbescheinigung die Zugangsvoraussetzungen zur Weiterbildung erfüllen. Doch seit etwa dem Jahr 2015 diskutierten Fachräte, Verbände und Psychotherapeutenkammern in Deutschland über die Festsetzung von Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutische Weiterbildung unabhängig von Äquivalenzprüfungen angepasst an das bestehende Bachelor-Master-Studienmodell. Neben dem Vorschlag, den klinisch-psychologischen Bachelor als Zugangsvoraussetzung geltend zu machen, setzte sich im Januar 2019 in Deutschland der Entwurf eines eigenständigen Studiums der Psychologie und Psychotherapie an Universitäten mit Beginn nach dem Abitur durch. Die Psychotherapeutenkammer befürwortet den Schritt zum eigenen Studium Psychotherapie mit dem Abschluss Master of Science und anschließender staatlicher Approbationsprüfung sowie daran anschließenden Weiterbildung zum Fachtherapeuten, ähnlich dem ärztlichen Weiterbildungsmodells zum Facharzt. Mit dem Beschluss des Bundesrates vom 14.02.2020 wurde die Änderung der Approbationsordnung rechtskräftig. Den hohen Bildungsstandard Master beizubehalten, gleichzeitig aber auch die medizinisch orientierten Studiengänge anzugleichen und somit die Ausbildungsbedingungen angehender Therapeuten zu verbessern, war ein festes Ziel der aktuellen deutschen Gesundheitspolitik. Die Umstellung der Studiengänge Psychologie und Psychotherapie an den Universitäten in Deutschland ist noch immer im Prozess und nicht final abgeschlossen.

---

<sup>3</sup> In Deutschland ist der Begriff „Ausbildung zum (Psychologischen) Psychotherapeuten“ gebräuchlich und kann in dieser Arbeit synonym zur Begrifflichkeit „Weiterbildung zum (Psychologischen) Psychotherapeuten“ verwendet werden. Weiterbildung und Ausbildung beschreiben in diesem Fall dieselbe akademische Station zum approbierten psychologischen Psychotherapeuten.

Die Bundespsychotherapeutenkammer betonte im Mai 2017 in ihrer Stellungnahme auf dem Deutschen Psychotherapeutentag in Hannover, die Wichtigkeit, Psychotherapeuten in wissenschaftlichem und praktischem Denken auszubilden und eine umfangreiche Weiterbildung in den Berufsordnungen festzuschreiben (Munz, 2017). Nach aktueller berufspolitischer Ansicht in Deutschland wird somit der Bildung in Form eines hohen akademischen Abschlusses von Psychotherapeuten ein hoher Stellenwert zugesprochen, obwohl frühere Studien darlegen, dass universitären Abschlussnoten und die Fähigkeit ein effektiver Therapeut zu sein, nicht korrelativ miteinander in Verbindung stehen (Hackmann, 1970; Stricker, 1967; Goodman, 1972). Lediglich die akademische Leistung postgraduierter Psychologen, die beispielsweise die Doktorwürde erreichten, korrelierte mäßig mit den Eignungsmaßstäben für Psychologische Psychotherapeuten. Teilweise wurden sogar negative Zusammenhänge zwischen der Abschlussnote des Studiums und der empathischen Fähigkeit eines angehenden Psychotherapeuten gefunden (Bergin & Jasper, 1969), was die Folge hatte, dass neben den Studienleistungen auch andere, möglicherweise aussagekräftigere Qualitäten von Psychotherapeuten untersucht wurden. Strauß & Kohl (2009) zitierten in ihrer Ausarbeitung ein Positionspapier der deutschen Bundeskammer, in der Psychotherapeutische Kompetenz in personale, fachlich-konzeptionelle und Beziehungskompetenz eingeteilt wird. Im Bereich der fachlichen Kompetenz beziehen sich die Autoren nicht nur auf die Abschlussnoten oder den akademischen Grad des Doktorats. Sie weisen darauf hin, dass kontinuierliche Fortbildung in dem aktuellen Forschungsstand entsprechenden Methoden und Wissensstandards, Voraussetzung für effektive und angemessene Therapiegestaltung sei. Ergänzend hierzu lässt sich Duncan (2010) anführen. Er führt aus, dass effektive Psychotherapeuten das Bestreben haben, sich stetig weiterzuentwickeln und zu verbessern. Im Gegensatz zu weniger effektiven Kollegen versuchen diese, sich selbst zu reflektieren, den kollegialen Austausch zu suchen, mehr Supervision und Intervention wahrzunehmen sowie in

regelmäßigen Abständen (nicht massiert) Fortbildungen zu besuchen. Auch sind sie bestrebt ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln und sich neue Methoden anzueignen sowie professionelles Feedback einzuholen. Sie sind dabei selbstreflektiert und kritisch aber nicht selbsterniedrigend. Dieses Bildungsmotiv sowie dieser Entwicklungsdrang ziehe sich durch die therapeutische Arbeit von guten Psychotherapeuten und lässt sich nicht zwingend in akademischen Notenspiegeln abbilden.

Schon 1986 forderten Costanzo und Philpott eine Ausweitung der Betrachtung therapeutischer Eignung über das rein intellektuelle Spektrum hinaus. Die Autoren betrachteten zur Identifikation therapeutischen Talents durch unabhängige Rater, neben akademischen Leistungen (Examensnote im Bereich der klinischen Psychologie), Beratungserfahrung, Persönlichkeitseigenschaften, interpersonale Intelligenz und diverse demographische Variablen. Die Forscher wiesen darauf hin, dass neben der fachlichen Intelligenz und Erfahrung, die emotionale und soziale Intelligenz einen wichtigen Faktor effektiver Therapeuten darstellen. Dem entgegengestellt ist beispielsweise die Forschung von Tracey et al. (2014), welche Evidenz dafür liefert, dass erfahrene Psychotherapeuten im Vergleich zu weniger erfahrenen Kollegen, keine besseren Outcome-Werte in Bezug auf die Symptomreduktion auf Klientenseite aufweisen. Tracey et al. (2014) führen dies auf mangelnde Rückmeldung seitens der Patienten während des Therapieverlaufs zurück. Caspar Die soziale Intelligenz bei Costanzo et al. (1986) wurde mittels der Therapie Analyse-Aufgabe (TPA; Sensibilität) und der Sozialen Interpretationsaufgabe (SIT; Soziale Wahrnehmung) erfasst.

Laut Greenspan und Gransfield (1992) umfasst soziale Intelligenz aber nicht nur soziale Wahrnehmung und Sensibilität, sondern auch die Fähigkeit, soziale Rollen und Personen an- und wahrzunehmen, moralische Entscheidungen zu treffen sowie auch empathisch und selbstreflektiert zu sein. Dieser intellektuelle Teilaspekt der Sozialen

Kompetenz beschreibt somit das Verständnis und die Fähigkeit einer Person, mit sozialen und interpersonellen Situationen und Objekten umzugehen. Emotionale Intelligenz, welche ebenfalls einen Teilbereich der Sozialen Kompetenz umschreibt definieren Salovey und Mayer (1990) als die Fähigkeit eines Individuums das eigene emotionale Erleben sowie die Gefühlswelt anderer wahrzunehmen, zu differenzieren und empathisch zu reagieren. Die Begriffsdefinitionen im Bereich der Sozialen Kompetenz sind schwierig, als viele Aspekte dieses Faktors stark überlappen und die Definitionen der einzelnen Konstrukte nicht eindeutig bestimmt sind (Kanning, 2003). Somit kommt es über verschiedene Arbeiten hinweg zu leichten Abweichungen in Messungen und Definitionen Sozialer Kompetenzen.

#### **2.1.2.2 Persönlichkeitseigenschaften und Kompetenzen.**

Chapman et al.

(2009) widmeten sich in ihrer Forschung der Frage, wie Persönlichkeits-eigenschaften von Psychotherapeuten in Ausbildung, die therapeutische Allianz beeinflussen. Sie orientierten sich am Fünf- Faktoren- Modell nach Costa und McCrea (1992) und erhoben die Ausprägung von Neurotizismus, Offenheit für Erfahrungen, Extraversion, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit. Die Patienten wurden in einer mittels Fragebögen nach der Qualitätseinschätzung der therapeutischen Beziehung befragt. Es zeigte sich, dass ein niedriger Wert des Therapeuten im Bereich von Neurotizismus sowie ein hoher Wert bei Offenheit für neue Erfahrung, positive Zusammenhänge mit der Qualität der therapeutischen Allianz aufwies. Folgt man aber Caspar und Eversmann (2009), so konnten Persönlichkeitseigenschaften im Sinne von „traits“ eines Therapeuten nicht als eindeutiger Quell für therapeutischen Erfolg oder Effektivität ausgemacht werden. Die Autoren ergänzen, dass überhöhter Narzissmus sich negativ auf den Therapieverlauf auswirken kann, doch gibt es andere Hinweise, die darauf hindeuten, dass narzisstische Teilkomponenten, wie

beispielsweise ein hohes gut ausgeprägtes Selbstbewusstsein auf Seiten des Therapeuten positiv mit dem Therapieerfolg zusammenhängen (Lammers, 2014).

Folgt man Anderson et al. (2009) so verfügen effektive Psychotherapeuten in unterschiedlichen therapeutischen Kontexten über eine besondere Ausprägung interpersoneller Fähigkeiten und sozialer Kompetenz. So fanden die Forscher um Anderson (2009) bei erfolgreichen Psychotherapeuten Redegewandtheit, soziale Wahrnehmung sowie Modulationsfähigkeit von Affekten sowie die Fertigkeit diese Gefühle im Gesprächsfluss auszudrücken. Außerdem verfügten erfolgreiche Therapeuten über eine höhere Ausprägung von Empathie, Akzeptanz und Wärme sowie über die Fähigkeit den Aufmerksamkeitsfokus auf andere als sich selbst zu legen. Baldwin et al. (2007) betonen die Fähigkeit von Psychotherapeuten, eine stabile therapeutische Allianz oder zielgerichtete Arbeitsbeziehung innerhalb der therapeutischen Beziehung zu kreieren. Viele Autoren befürworten die These, dass die therapeutische Beziehung und die Fähigkeit, diese ausgestalten zu können ein maßgeblicher Faktor effektiver Psychotherapeuten sei. (u.a. Kazantzis, 2003; Grawe, 2004; Assay et al. 1999).

Die therapeutische Beziehung wird laut Grawe und Grawe-Gerber (1999) als Band zwischen Therapeut und Patient verstanden, das beide mitgestalten. In einer stabilen therapeutischen Beziehung soll sich der Patient emotional angenommen, verstanden und akzeptiert fühlen, sodass er bereit sein kann, sich auf Veränderungsprozesse einzulassen und offen für therapeutische Methoden und Themen ist. Hierzu sei es laut den Autoren notwendig, dass der Behandler mit ganzheitlichem Wirken auf die wesentlichen Bedürfnisse des Patienten eingeht und diese funktional und angemessen befriedigt oder dem Patienten selbst zur Befriedigung seiner Bedürfnisse verhilft. Laut Grawe (1998) kann eine dysfunktionale Denkstruktur oder dysfunktionales Verhalten nicht rein kognitiv verändert werden. Es braucht therapeutisches Wirken auf allen Ebenen des Seins; körperlich, emotional, gedanklich und

handlungsorientiert (Grawe, 2004). Den Patienten innerhalb solch eines gestalteten therapeutischen Prozesses, Erfolgserlebnisse spüren zu lassen und eigene Ressourcen- und Kompetenzerfahrungen machen zu lassen wird ebenfalls als Teil einer effektiven und tragfähigen therapeutischen Beziehung beschrieben (Grawe, 1999). Empirische Befunde konnten positive Korrelationen zwischen Ressourcenaktivierung in der Therapie und Reduktion der Beschwerdesymptomatik sowie erhöhter Zielerreichung belegen (Flückiger & grosse Holtforth, 2008; Flückiger & Studer, 2009).

Ackerman und Hilsenroth (2001) untersuchten den Effekt von Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Beziehung. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Charakteristika wie Rigidität, Unsicherheit Nervosität oder Angespanntheit sich negativ auf die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung auswirken. Außerdem benannten sie, dass ein Therapeut, welcher sich leicht ablenkbar und unkonzentriert auf die Themen des Patienten zeigt, zudem noch distanziert und unnahbar wirkt ebenfalls eher schlechte Bewertungen des Patienten erhält, was die therapeutische Bindung betrifft. Im Jahre 2003 schrieben Ackerman und Hilsenroth ein Review mit dem Hintergrund, die Charakteristika von Psychotherapeuten darzulegen, welche einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung haben. Sie berichteten, dass Flexibilität, Erfahrung, Aufrichtigkeit, respektvoller Umgang mit dem Patienten sowie Selbstsicherheit wichtige positive Eigenschaften des Therapeuten sein sollten. Außerdem beschrieben sie, dass wahrnehmbares Interesse, sowie eine vom Therapeuten gestaltete Atmosphäre von Wärme, Freundlichkeit, Vertrauen und Offenheit sich ebenfalls auf die Patientenbewertungen einer guten therapeutischen Beziehung auswirken.

Neben diesen sozialen und interpersonellen Kompetenzen betonen Chi et al. (1988) die kognitiven Aspekte von Experten unterschiedlicher Bereiche, indem sie unter anderem auf deren exzellente Kurz- und Langzeitgedächtnisse hinweisen und deren alltägliche Fertigkeiten und auszuführende Techniken als nahezu automatische Prozesse mit wenig kognitivem

Aufwand beschreiben. Auf psychotherapeutische Experten treffen diese Befunde laut der Autoren ebenfalls zu. Sie lernen und verarbeiten beispielsweise Patienteninformationen, Merkmale therapeutischer Techniken und deren Durchführungsregel sowie therapeutische Situationen. Diese Unmenge an Information bedarf einer hohen kognitiven Leistungsfähigkeit, sodass es von Vorteil wäre, wenn standardisierte Abläufe nahezu automatisiert ablaufen würden. Ericsson (2009) führt bezüglich der kognitiven Kapazitäten an, dass Experten, unabhängig von ihrem Fachbereich, ihre kognitiven Prozesse besonders organisieren. Sie gehen meist strukturierter, in entsprechend komplex verzweigten Netzwerken vor, um Informationszusammenhänge zu verstehen und die Merkfähigkeit einzelnen Faktoren eines Gesamtkonstrukts zu erhöhen. Hill et al. (2017) führen in diesem Zusammenhang in einer Zusammenfassung über mehrere Studien hinweg aus, dass Experten im Bereich der Psychotherapie über eine hohe kognitive Komplexität verfügen müssen, da sie im Stande sein sollten, verschiedene Klienten zu konzeptualisieren, klinische Situationen zu verstehen und die therapeutische Dynamik mit einem Patienten zu begreifen. Kognitive Komplexität umfasst somit soziale Abstraktion, logisches Denken und strukturiertes analytisches Vorgehen zu gleichen Teilen und hat je nach Definition einen anderen Fokus (Owen & Lindley, 2010). Außerdem sollten effektive Psychotherapeuten, den Blick für die gesamte Fallkonzeption, den Behandlungsplan mit langfristigen, mittelfristigen und kurzfristigen Zielen über die einzelnen Sitzungen und einzelne Interventionen nicht verlieren. Der Wechsel zwischen interpersoneller therapeutischer Beziehung, konkreter Handlungsebene und Metaebene verlangt dem Therapeuten kognitive Ressourcen ab. Hill (2013) stellen in ihrem Artikel eine Theorie auf, welche noch weiter geht. Sie beschreiben, dass neben kognitiver Flexibilität auch emotionale Intelligenz, die Empfänglichkeit für Rückmeldung und Kritik sowie Flexibilität im Handeln und in der Veränderung eigener

Annahmen schon bei angehenden Psychotherapeuten gegeben sein müssen, um innerhalb der beruflichen Laufbahn Experten werden zu können.

Wampold (2011) fasst weitere Eigenschaften effektiver Psychotherapeuten in seinem Überblicksartikel zusammen. Auf Basis der Primärliteratur führt er aus, dass gute Psychotherapeuten in den ersten Momenten der Interaktion mit ihrem Klienten nonverbal und verbal das Gefühl vermitteln können, den Patienten zu verstehen und ihm helfen zu können. Wampold (2011) betont, die Wichtigkeit innerhalb der therapeutischen Allianz an gemeinsam gesteckten Zielen auf Basis eines gemeinsamen Problemverständnisses zu arbeiten. Effektive Psychotherapeuten schaffen es, ihrem Klienten eine adaptive und akzeptable Erkrankungs- und Behandlungsmodell zu vermitteln. Dieses Modell liefert einerseits psychologisch fundierte Krankheitsinformationen zur Pathogenese und Salutogenese sowie aber auch Passung zur sozialen, kulturellen und emotionalen Welt sowie zum kognitiven Verständnis des Patienten. Kann der Patient dies allerdings nicht annehmen, kann ein effektiver Therapeut das ausbleibende Commitment des Patienten auf verbaler und nonverbaler Art und Weise spüren, sodass er flexibel darauf eingehen kann. Nach erfolgreicher Vermittlung eines Modells schafft ein effektiver Psychotherapeut, den Fokus auf den Genesungsprozess des Patienten zu legen und dessen Möglichkeiten zur Heilung, Weiterentwicklung oder Problemlösung zu betonen. So steigert der Therapeut das Selbstwirksamkeitsempfinden des Patienten, die Handlungsorientierung und ebenso die Hoffnung sowie die Erwartung die negative Lebensepisode in der starken Therapieallianz zu meistern. Wampold (2011) führt aus, dass diese zwischenmenschlichen Faktoren bei der Vermittlung des Krankheits- und Behandlungsmodells, ausschlaggebender sind, als wissenschaftliche Genauigkeit.

Nocross und Lambert (2011) führen ferner aus, dass die Adaption an die Bedürfnisse und Individualität der Klienten nicht nur in der Phase der Psychoedukation wichtig ist. Sie führen aus, dass die Flexibilität und Bedürfnisorientierung im Therapieplan sowie in der



Anwendung unterschiedlicher Methoden deutlich wird. Im Therapieprozess zeigen sich effektive Therapeuten authentisch in ihrem Bestreben, dem Patienten zu helfen und dessen Befinden zu eruieren und ihn in den fortschreitenden Prozess zu integrieren. Beispielsweise wird das Ergebnis der Verlaufsdiagnostik stets von effektiven Therapeuten mit deren Klienten besprochen und reflektiert. Keine Intervention wird ohne aktive Partizipation des Patienten durchgeführt. Der Psychotherapeut ist methodenkompetent und fähig jedes seiner therapeutischen Werkzeuge adäquat auf das vor ihm befindliche Individuum anzupassen. Er geht hypothesengeleitet vor und ist laut Wampold (2011) fähig eigene Irrtümer einzugestehen und den weiteren Therapieverlauf entsprechend neuer Erkenntnisse über den Patienten anzupassen. Außerdem ist ihm der kulturelle, soziodemographische und persönliche Hintergrund des Klienten bewusst, sodass er entsprechend seiner therapeutischen Fachkenntnis die bestmögliche Methodik auswählen kann und dem Patienten auf einer Ebene lösungsorientiert begegnen kann.

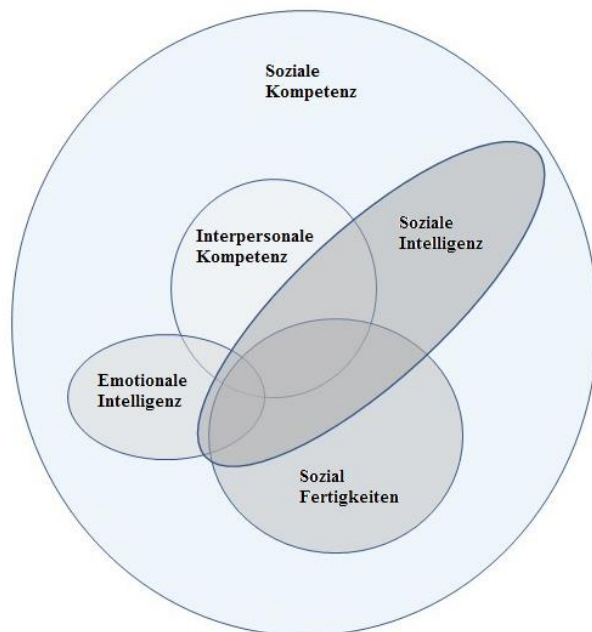
Verweist man auf Grawes Wirkfaktoren (1994) in der Psychotherapie, so verfügt ein effektiver Psychotherapeut über die Kompetenz, die Motive des Patienten zu klären, dessen Ressourcen zu aktivieren, Probleme des Patienten zu aktualisieren und ihn bei der aktiven Selbstbewältigung zu unterstützen. Kazantsis (2003) ergänzt die bisherigen Ausführungen von der Wichtigkeit einer stabilen therapeutischen Beziehung, der Methodenkompetenz und der adäquaten Berücksichtigung des konzeptionellen Rahmens der Therapie. Kazantsis (2003) beschreibt, dass ein effektiver Psychotherapeut, ebenfalls dazu in der Lage sein muss, potentielle Patienten abzulehnen. In diesem Falle scheut er aber nicht die Schwierigkeiten, die potentielle „Koryphäen-Killer“ (Beck, 1977; Harth & Gieler, 2006) mit sich bringen können. Im Gegenteil, trotz Offenheit, sich potentiellen Problemen zu stellen, nutzt er seine Fähigkeit, einschätzen zu können, seine Hilfe nötig ist und wann Kontraindikationen vorliegen, sodass

einen Patienten weiterverweisen kann, wenn eine intensivere Behandlung oder eine andere Profession notwendig wäre.

### 2.1.2.3 Soziale Kompetenzen.

#### Abbildung 1

Beziehung zwischen sozialer Kompetenz und verwandten Begriffen (Kanning, 2003)



Soziale Kompetenzen stellen einen wichtigen Faktor therapeutischer Qualität dar. Laut Forschungserkenntnissen stellen sie einen Großteil der zum Therapieerfolg beitragenden Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie kognitiver Aspekte eines effektiven Therapeuten dar (Anderson, 2016; Kivlighan et al., 2015; Zuroff et al., 2010). In der obigen Grafik sind verschiedene Teilaspekte der sozialen Kompetenz nach Kanning (2003) zueinander in Beziehung gesetzt. Kanning beschreibt wissensorientierte und verhaltensorientierte Komponenten in seinem Modell (Kanning, 2002).

Die vorliegende Arbeit richtet sich nach den bereits erwähnten Begriffserläuterungen der beiden kognitiven Aspekte. Es wird zurückgegriffen auf die Definition soziale Intelligenz nach Greenspan und Gransfeld (1992) und der dargelegten Definition emotionaler Intelligenz

nach Salovey und Mayer (1990) im Unterkapitel 2.1.2.1. Als weitere Teilaspekte Sozialer Kompetenz unterscheidet Kanning (2002) in seinem Modell neben den kognitiven Aspekten die verhaltensorientierte Komponente der interpersonalen Kompetenz und der sozialen Fertigkeiten. Die Abgrenzung zwischen interpersonalen Kompetenzen und sozialen Fertigkeiten gestaltet Kanning aus, indem er auf die Definition interpersonaler Kompetenzen von Buhrmester (1996) zurückgreift. Dieser beschreibt interpersonale Kompetenzen als Teilmengen von Sozialen Kompetenzen, welche in engen Beziehungen deutlich werden, da intime Beziehungen oftmals intensivere oder teils andere Aspekte der sozialen Kommunikation bedürfen, als ferne Bekanntschaften oder vergleichsweise einfache Höflichkeiten im Alltag. Sich selbst in einer Beziehung zu öffnen, nonverbale Kommunikation verstehen, andere Menschen emotional zu unterstützen, eigene Interessen zu vertreten und funktionale Konfliktlösestrategien im gemeinsamen Miteinander zu finden hat Buhrmester gegenüber den globalen Sozialen Kompetenzen gesondert ab (Buhrmester, 1988).

Soziale Fertigkeiten werden als prozessuales Teilkonstrukt sozialer Kompetenz verstanden. Im Rahmen seiner jeweiligen Subgruppe, sei es nun beispielsweise ethisch, normorientiert oder altersspezifisch, bestehen unterschiedliche soziale Regeln und Erwartungen an eine Person. Soziale Fertigkeiten als Teil der sozialen Kompetenz beschreiben die Fähigkeit, sich beispielsweise in einem Gruppenprozess entsprechend erlernbarem sozial kompetentem Verhalten des jeweiligen Bezugsrahmens zu verhalten. Dieses Verhalten zeichnet sich zum Beispiel in prozessualen Riten wie Begrüßungen im kulturellen Kontext aus.

Die sozialen Fertigkeiten und interpersonale Kompetenzen nach Kannings Vorstellung sind im integrativen theoretischen Modell dieser Arbeit unter „Therapeutische Qualitäten“ zu verstehen (2.4). Sie werden trotz der Überlappung mit den kognitiven Aspekten emotionale Intelligenz und soziale Intelligenz als zwei eigenständige Bereiche geführt, um die zwei

Ebenen der Intelligenz und direkten Handlung eines Therapeuten optisch voneinander zu trennen. Da es in der Literatur keine einheitliche Definition Sozialer Kompetenzen gibt (Kanning, 2015) und somit auch die Fähigkeiten, Fertigkeiten und konkreten Merkmale sozialer und emotionaler Intelligenz nicht trennscharf beschrieben werden, werden in der folgenden Erhebung die konkret erfassten Variablen ohne Zuordnung zu einem der beschriebenen Konstrukte vorgestellt. Die vorliegende Arbeit beabsichtigt, die Therapeutenqualitäten und weitere Einflussvariablen auf den Therapieerfolg möglichst vielschichtig zu erfassen.

## **2.2 Theoretische Betrachtung der Einflussnahme des Therapeuten auf den Therapieerfolg auf Basis der Konsistenztheorie nach Grawe**

### **2.2.1 *Einführung in das Modell der allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie***

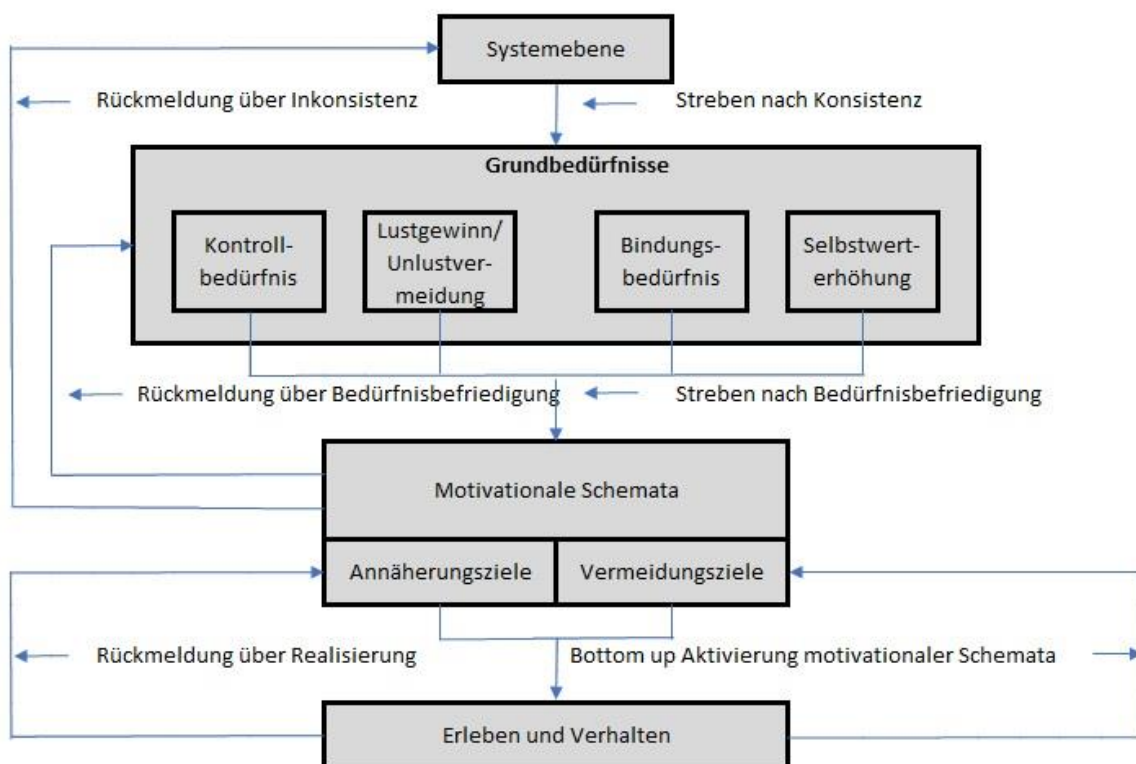
Grawe (1994) postulierte vier allgemeine Wirkfaktoren innerhalb der Psychotherapie: Motivationale Klärung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung und Problembewältigung. Unter motivationaler Klärung versteht man, Maßnahmen, welche der Therapeut ergreift, um Motive, Ziele und Werte des Patienten zu besprechen und zu fokussieren. Ressourcenaktivierung als Wirkfaktor in der Psychotherapie beschreibt nach Grawe das Erweitern bestehender oder das Erwecken brachliegender Fähigkeiten, Interessen und Stärken des Patienten. Die beiden übrigen Faktoren Problemaktualisierung und -bewältigung konzentrieren sich auf die unmittelbare Auseinandersetzung und Konfrontation mit kritischen Lebensbereichen, -phasen und -situationen sowie auf die Erarbeitung von konkreten Lösungsstrategien für spezifische Probleme oder Störungen, die therapeutische Unterstützung bedürfen. Grawe ergänzte seine Ausarbeitung um einen fünften Faktor: therapeutische Beziehung (Grawe, 2000). Der Psychotherapeut solle während des therapeutischen Prozesses mit dem jeweiligen Patienten eine fundierte und tragfähige Arbeitsbeziehung/ -bindung

aufbauen, um erfolgreich therapieren zu können. Laut Grawes Konsistenztheorie kann der Therapeut auf die Beziehungsentwicklung sowie den letztlichen Therapieerfolg aktiv und positiv durch komplementäre bedürfnis- und motivorientierte Beziehungsgestaltung einwirken (Stucki & Grawe, 2007).

### 2.2.2 Beschreibung des Konsistenztheoretischen Modells nach Grawe

#### Abbildung 2

Funktionsmodell des Konsistenztheoretischen Modells nach Grawe (2004)



Die psychische Stabilität und das Funktionieren eines Organismus hängen von dem Ausmaß der Befriedigung seiner Grundbedürfnisse und der damit einhergehenden Passung zwischen psychischen und neuronalen Prozessen ab (Grawe, 2004). Das Streben nach Konsistenz wird von Grawe auf Systemebene Mensch, als Ausgangspunkt vorausgesetzt.

Konsistenz beschreibt die reale Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse auf stabiler Basis. Die als universell geltenden Grundbedürfnisse werden von jedem Individuum auf unterschiedliche Weise befriedigt. Im Laufe der eigenen Lebensgeschichte entwickeln Menschen, motivationale Schemata, welche Grawe in Annäherungsschemata und Vermeidungsschemata unterscheidet. Annäherungsmotive oder auch intentionale Schemata beschreiben implizite Regeln, welche dazu dienen, eine Bedürfnisbefriedigung aktiv anzustreben. Vermeidungsmotive oder auch Vermeidungsschemata dienen dazu, das Individuum vor Verletzung, Bedrohung oder Frustration der Grundbedürfnisse zu schützen. Negative Einflüsse auf das Grundbedürfnis werden somit im letzten Fall vermieden. Zeitgleich werden meist mehrere Schemata aktiviert, was zu inneren impliziten Konflikten führen kann. Einfache Schemakonflikte zwischen zwei impliziten Regeln beispielsweise können dazu führen, dass die Erfüllung eines Bedürfnisses zum Nachteil eines anderen Bedürfnisses gerät. Exemplarisch kann hier die Aktivierung des Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung durch gute Noten im Studium genannt werden, welches in dem vereinfachten Beispiel in Konflikt mit dem Bedürfnis nach Bindung steht. Im ersten Fall strebt das Individuum nach langfristigem Erfolg, welcher durch Lernen auch unbeliebter Teilbereiche des Studiums erreicht werden kann. Sich allein mit trockenen Studieninhalten auseinanderzusetzen, während andere Kommilitonen gemeinsam Zeit verbringen, an der man selbst nicht teilnimmt, verletzt allerdings das Bindungsbedürfnis. Auch kann es innerhalb der Ebene der Schemata zu Konfliktschemata kommen, die nicht identisch mit dem eben erläuterten Schemakonflikt ist. Im Falle von Konfliktschemata stehen in Bezug auf die Erfüllung ein und desselben Bedürfnisses stets eine Annäherungs- und eine Vermeidungskomponente in Widerspruch zueinander, sodass eine Annäherung an das letztliche Ziel nicht erfolgen kann. So kann beispielsweise das Streben nach Konsistenz im Falle des Bindungsbedürfnisses, sowohl die Annäherungskomponente „suche eine stabile

Beziehung“ als auch die Vermeidungskomponente „vermeide emotionale Verletzung“ aktivieren (Caspar, 2014). Die Vermeidungskomponente eines Konfliktschemas ist in der Regel lebensgeschichtlich zu begründen und aktiviert im aktuellen Kontext sehr starke negative Emotionen beim Individuum, sodass es typischerweise zu vermeidungszielassozierten Verhaltensweisen kommt und das Annäherungsziel unerfüllt bleibt. Die daraus resultierende Diskordanz (liegt vor, sobald sich Schemata aufgrund von gegebenen Konflikten gegenseitig hemmen) und die mögliche Inkonsistenz, wenn Schemata und tatsächliches Erleben nicht übereinstimmen, können zu Inkonsistenz führen. Letztere wiederum stellt laut Grawe die Quelle für psychisches Leiden dar (Grawe, 1998). Förderung von Annäherungszielen zur Bedürfnisbefriedigung im Falle von Konflikten auf Schemaebene und die Reduzierung von Quellen der Inkongruenz auf Ebene des Erlebens und Verhaltens sollen in der Therapie Konsistenzerfahrungen fördern und so zu psychischer Gesundheit führen (grosse Holtforth & Grawe, 2004; grosse Holtforth & Caspar, 2018).

### ***2.2.3 Betrachtung des Therapeuten aus konsistenztheoretischer Sicht***

Im Verständnis der Konsistenztheorie beschreibt Therapieerfolg die Reduktion von Inkonsistenz und die Förderung von konsistentem Erleben aufgrund von psychischer und neuronaler Passung im Bereich der Befriedigung der Grundbedürfnisse (Grawe, 2004). Der Psychotherapeut erreicht durch Förderung des Wohlbefindens des Patienten eine Symptomreduktion und somit eine Steigerung der vom Patienten erlebten Konsistenz. Die Hypothese ist aufzustellen, dass ein Therapeut, welcher selbst über ein hohes Konsistenzerleben verfügt, psychisch stabil ist und somit besser im Stande dazu ist, den Patienten bei der Generierung von Konsistenz zu unterstützen.

Stützende Befunde, dass psychische Stabilität auf Seiten des Therapeuten als wichtiger Faktor eingeschätzt wird, liefern beispielsweise Nodop und Strauß (2013; 2014). In der Ausbildungsforschung konnten die Autoren anhand von 129 Befragungen von Institutsleitern

aufzeigen, dass folgende Kriterien, auf Basis der Erfahrung der Institutsleitung, kompetente Therapeuten auszeichnen: Psychische Stabilität (23,4%), Interaktionskompetenz innerhalb der Beziehungsgestaltung (19,7%), Introspektions- und Selbstreflektionsfähigkeit (10,0%) sowie Empathiefähigkeit (9,7%).

Bezüglich der Wichtigkeit innerer Stabilität und dem Zusammenhang zur Nutzung eigener Ressourcen ist durch Essen (1990) zu ergänzen, dass „eine Ressourcenorientierung<sup>4</sup> (Weisheit und Stabilität) von Seiten des begleitenden Lehrers oder Therapeuten [...] zum unbedingt notwendigen Hintergrund“ werden muss, um effektive Psychotherapie betreiben zu können. Der Therapeut hat aufgrund seiner psychischen Stabilität viele Ressourcen, welche er dem Patienten zu Verfügung stellen kann, während dieser die Höhen und Tiefen der Selbstentwicklung im therapeutischen Prozess durchläuft. Durch die erlebte Ausgeglichenheit und Festigkeit des Therapeuten hat der Patient die Möglichkeit, sich frei entfalten zu können und in schwierigen Konflikthaften Situationen fallen lassen zu können.

Der Wirkmechanismus kann explizites Lernen am Modell anhand der gezeigten sozialen Fähigkeiten des Therapeuten (Bandura, 1994) oder beispielsweise eine effektive Nutzung von Offenheit im Sinne von Selbstoffenbarung und Authentizität des Therapeuten sein (Wampold, 2011). Doch prägt der Psychotherapeut nicht nur explizit. Nach Eckert und Biermann (1990) konnten Einflüsse des Therapeuten nicht nur über dessen Eigenschaften und Fähigkeiten definiert werden, sondern auch über implizite Einstellungen des Therapeuten. Die Autoren legten dar, dass die „Theorie des Therapeuten“, somit also dessen Denkweise, Schemata und Empfindungen bezüglich des Therapieprozesses und der -wirksamkeit, das Therapieergebnis implizit positiv oder auch negativ beeinflussen können. Psychotherapeuten

---

<sup>4</sup> Essen (1990) versteht unter Ressourcenorientierung mit Bezug auf Weisheit und Stabilität den Therapeuten, der als Ressource im Therapieprozess, den Patienten beim Erlernen der systemischen funktionalen Selbstdekonstruktion und Selbstrelokalisierung begleitet.



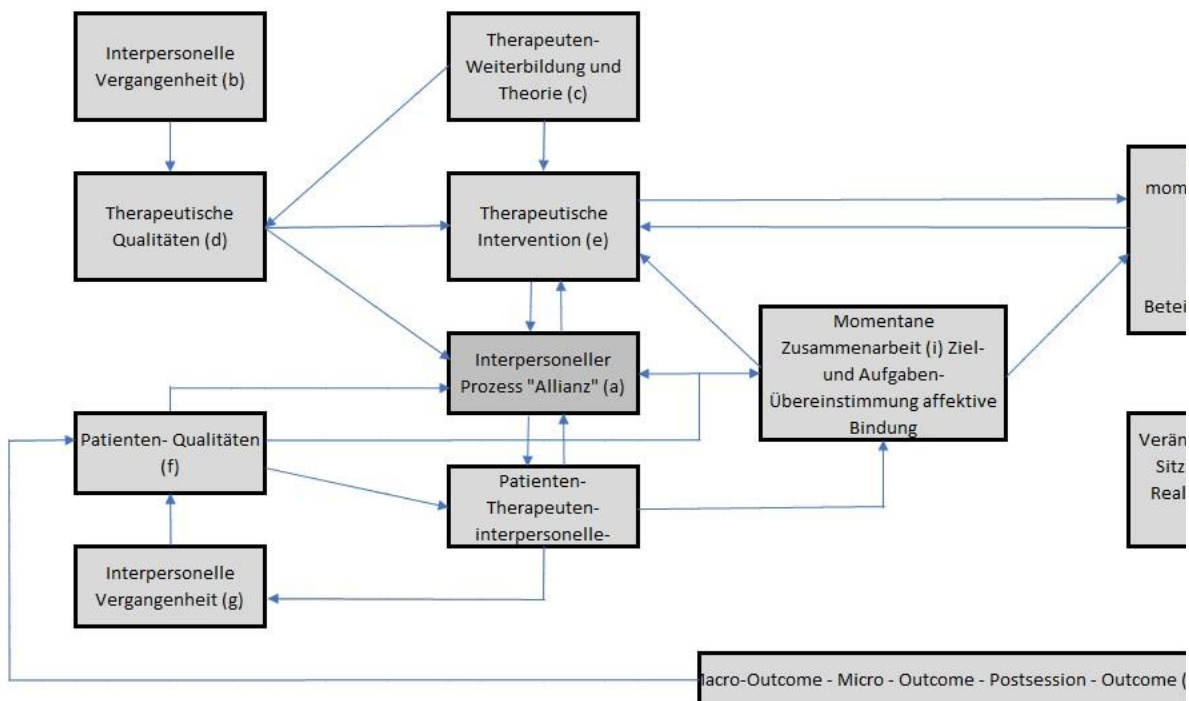
werden nicht nur als explizite Ratgeber oder Modelle für ihre Patienten beschrieben, da sie auf Basis ihrer impliziten Vorstellungen, explizite Beziehungsangebote machen und ihr eigenen Fertigkeiten durch ihre „Theorie“ beeinflusst wird.

### 2.3 Theoretische Betrachtung der Einflussnahme des Therapeuten auf den Therapieerfolg auf Basis des interpersonalen Prozess-Modells der Psychotherapie nach Henry und Strupp

#### Abbildung 3

Das Interpersonelle Prozess-Modell nach Henry und Strupp (1994)

Das interpersonale Prozess-Modell der Psychotherapie nach Henry und Strupp (1994) fußt auf dem „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987). Die Psychotherapie wird in Letzterem als ein prozessuales Handlungssystem verstanden, dass innerhalb etablierter höherer Systeme (u.a. soziale Einbettung, Normen und Werte) zu



verorten ist. Jeder einzelne der Protagonisten innerhalb des psychotherapeutischen

Subsystems verfügt über eigene höhere Systeme und stellt selbst auf Basis seiner sozialen Umstände und seiner Persönlichkeit eine eigene Funktionseinheit mit eigenen Qualitäten dar. Therapeut und Patient sind individuell verschieden und bringen unterschiedliche Vergangenheitserfahrungen mit in die Psychotherapie ein. All die unterschiedlichen Lebensräume und Lebenserfahrungen wirken sich in der Psychotherapie entweder auf impliziter oder expliziter Ebene aus (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Patient und Therapeut sind somit trotz der Beschreibung von Psychotherapie als ein Handlungssystem, zwei eigenständige Systeme im therapeutischen Arbeitsprozess, welche die Qualität der therapeutischen Allianz beeinflussen.

Henry und Strupp (1994) heben vor allem die Rolle des Therapeuten im interpersonellen Prozess der Psychotherapie hervor. Sie beschreiben, dass der Therapeut die therapeutische Allianz zu einem großen Teil prägt und so eine sichere Basis für den Therapieprozess schaffen kann, was wiederum starken Einfluss auf das Therapieergebnis hat.

Eine sichere therapeutische Bindung ermöglicht dem Patienten eine offene und ehrlicher Exploration seiner Person und eine reflektierte Problembewältigung und Konfrontation mit belastenden Faktoren. Der Therapeut kann die therapeutische Beziehung, oder hier auch Allianz genannt, auf Basis seiner eigenen interpersonellen Vergangenheit und seinem erworbenen Wissen innerhalb der psychotherapeutischen Weiterbildung gestalten.

Neben der Beziehungsgestaltung weisen Henry und Strupp aber auch auf den Einfluss der konkreten Methodik innerhalb der jeweiligen Sitzung hin. Die therapeutische Allianz und die therapeutische Intervention stehen, laut ihrem Modell, in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen wiederum den momentanen Zustand des Patienten. Das bedeutet, dass die Methode, Einfluss nimmt auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, dass aber auch die Qualität der therapeutischen Beziehung die Wahl der Methode mitbestimmen kann. Je stabiler

die therapeutische Beziehung ist, desto eher kann eine therapeutische Intervention konfrontativ sein. Caspar (2003) legt beispielsweise im Balancemodell dar, dass der Therapeut im Therapieprozess stets vor der Entscheidung steht, dem Patienten Sicherheit zu geben und Ressourcen zu stärken oder ihn vor die Herausforderung der Problemlösung und Weiterentwicklung zu stellen. Erst ein ausgewogenes Spannungsfeld zwischen empfundener Sicherheit seitens des Patienten und Forderung seitens des Therapeuten ermöglicht Veränderungsschritte im Therapieprozess. Im Umkehrschluss heißt das: Ist eine stabile und sichere therapeutische Basis vorhanden, kann eine eher provokative Intervention gewählt werden, um den Patienten zu fordern, während bei einer eher unsicheren Bindung stabilisierende und beziehungsförderliche Bindungsangebote gemacht werden sollten.

Henry und Strupp (1994) betonen, dass das interpersonale Prozess-Modell der Psychotherapie schulenübergreifend zu verstehen ist und daher unterschiedliche Methoden einen Veränderungsmechanismus initiieren können. Beispielsweise kann als Veränderungsmechanismus im vorliegenden Modell die Introjektion der Beziehungsangebote des Therapeuten angeführt werden. Entsprechend des Prinzips der Motivorientierten Beziehungsgestaltung (Caspar, 2007; Caspar, 2008b, Caspar 2018) kann der Patient beispielsweise dysfunktionale Beziehungserfahrungen durch Wahrnehmung der Beziehungsangebote des Therapeuten neu bewerten. Zudem kann er im Sinne der Konsistenzförderung Erfahrungen im zwischenmenschlichen Kontakt machen, was wiederum zu verändertem Verhalten auf Seiten des Patienten innerhalb der Therapie führt, was auch Sachse in seinen Ausführungen betonte (Sachse, 2006). Dieses veränderte Verhalten wirkt sich auf die momentane Zusammenarbeit, also den zielgerichteten, lösungsorientierten therapeutischen Prozess, sowie auf den aktuellen Zustand des Patienten (beispielsweise die Aktivität und Aufnahmebereitschaft in den einzelnen Sitzungen) aus. Aus dem Mitwirken des Patienten und der psychotherapeutischen Investition in Beziehungsgestaltung und Zielklärung

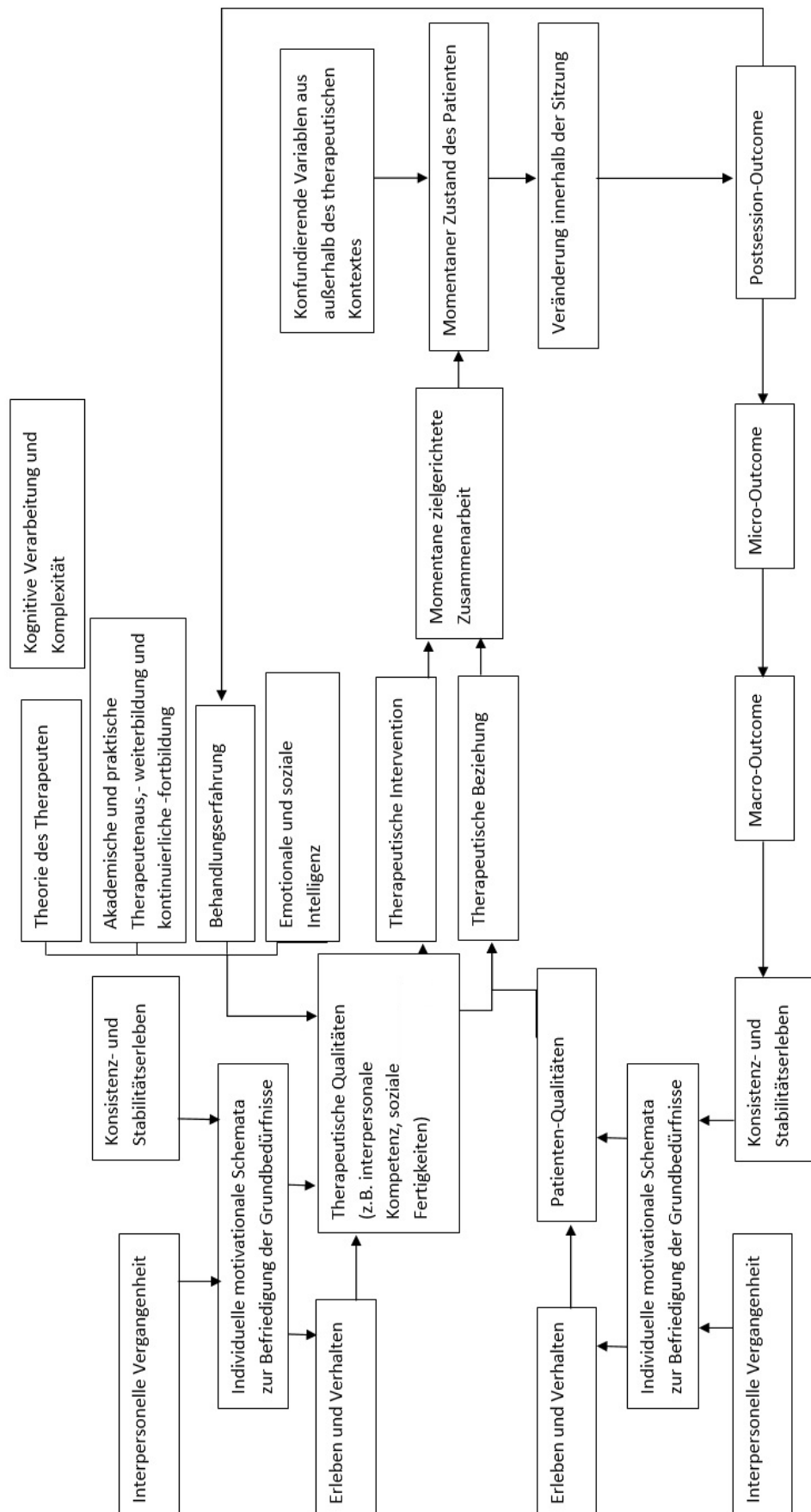
resultiert über die einzelnen Sitzungen hinweg, therapeutische Realisation, was letztlich in ein gesamttherapeutisches Ergebnis nach der erfolgten Sitzung führt und sich auf die Verläufe weiterer Sitzungen auswirkt. Diese Veränderungen innerhalb der Sitzung führen zu einem Therapieergebnis nach der erfolgten Stunde, was wiederum zu einem Therapieergebnis auf dyadischer Mikroebene und langfristig auf generalisierter Makroebene führt. Dieser Therapieoutcome beeinflusst die Patienten-Qualitäten und bietet dem Patienten neben den Beziehungserfahrungen aus seinem kulturellen und sozialen Kontext neue interpersonelle Prozessvergangenheit mit dem Therapeuten, welche sowohl die aktuelle therapeutische Allianz beeinflusst, als auch Chancen bietet, die eigene interpersonelle Vergangenheit des Patienten reflektiert zu betrachten und wenn nötig zu hinterfragen. Im optimalen Fall können so dysfunktionale Beziehungserfahrungen aus dem Umfeld relevanter Bezugspersonen des Patienten revidiert werden.

Zusammenfassend ist anzuführen, dass die Einflussnahme des Therapeuten auf das Therapieergebnis oder auf die Symptomreduktion in diesem Modell über seinen Einfluss in der therapeutischen Beziehung beschrieben wird. Er kann die Allianz auf Basis seiner Vorerfahrungen, seien diese nun explizit oder implizit, und auf Basis seiner therapeutischen Ausbildung und Invention gestalten. Ihm wird somit mehr Kontrollmöglichkeit zugesprochen als dem Patienten, wenngleich die Autoren anerkennen, dass auch andere Faktoren im therapeutischen Prozess (unter anderem Patientenfaktoren) einen ähnlich großen Einfluss im Gesamtergebnis der Therapie einnehmen können (Hilliard et al., 2000). Der therapeutische Prozess und die Analyse der Wirkmechanismen und Einflussvariablen sind hochkomplex und stets multifaktoriell, sodass eine eindeutige Varianzaufklärung und Kausalzuschreibung auf lediglich wenige Faktoren zu undifferenziert wäre.

## 2.4 Integration der theoretischen Annahmen in ein gemeinsames Modell

**Abbildung 4**

Integratives Modell



Für die im weiteren Verlauf der Arbeit folgende Interpretation der Ergebnisse bietet es sich an, die zwei vorangegangenen Modelle zu integrieren. Die Integration dieser beiden Modelle wurde vorgenommen, um die individuellen Merkmale des Therapeuten in einem Phasenmodells im Sinne des Therapieprozesses zu betrachten. Die Konsistenztheorie, welche einen allgemeingültigen und schulenübergreifenden Interpretationsrahmen nahelegt wird im gezeigten Modell (Abb.4) mit dem eher praktisch orientierten, auf eine Therapiesitzung fokussierten Prozess-Modell der Psychotherapie verbunden. Außerdem wird das neue Modell um einige weitere Faktoren, welche laut vorangegangener Literaturrecherche effektive Psychotherapeuten ausmachen können, ergänzt (so beispielsweise emotionale und soziale Intelligenz und Behandlungserfahrung). So besteht in dieser und künftiger Forschung die Möglichkeit sowohl das Vorgeschichte, die individuellen Schemata und die psychische Konstitution der zwei Protagonisten innerhalb der Sitzung zu betrachten, als auch die Expertise und Fähigkeiten des Therapeuten und deren Einfluss auf den Therapieverlauf innerhalb einer Sitzung und langfristig zu beleuchten.

Im aufgeführten Modell liegt der Ausgangspunkt bei der Prägung der beiden Personen im Therapieprozess, dem Patienten und dem Therapeuten. Die interpersonelle Vergangenheit und deren Vorgeschichte führen zu Ausbildung bestimmter Grundüberzeugungen und Schemata, welche das Erleben und Verhalten sowie weitere Qualitäten (z.B. die Persönlichkeitsentwicklung oder die Ausprägung sozialer Kompetenzen) der beiden Protagonisten beeinflussen. Mit ihrem Sein und ihren unterschiedlichen Qualitäten beeinflussen beziehungsweise gestalten Patient und Therapeut die Therapeutische Beziehung, welche neben der therapeutischen Intervention einen wichtigen Pfeiler innerhalb der einzelnen Sitzung ausmacht. Die Art und Weise sowie die Wahl der therapeutischen Intervention wird durch die therapeutischen Qualitäten geprägt. Die wiederum werden beeinflusst durch die Theorie des Therapeuten. Die Theorie des Therapeuten bezieht nicht laut Eckert und Biermann

(1990) auf die impliziten Vorstellungen, Motive und Einstellungen des Therapeuten bezüglich des Therapieverlaufs und der Therapiewirksamkeit. Sie sind nur marginal zu trennen von prägenden lebensgeschichtlichen Schemata nach Grawe (1994), doch werden sie hier gesondert erwähnt, um den besonderen therapiebeeinflussenden Faktor einzelner Motive besonders hervorzuheben. Das aufgestellte Modell stellt die Hypothese auf, dass einige implizite Vorstellungen des Therapeuten kontextabhängig im Therapieprozess besonders ausgeprägt sind, während sie im privaten Kontext eher in den Hintergrund treten. Als Beispiel wäre hier anzuführen, dass ein Therapeut selbst über das Schema „Gefühle zeigen, bedeutet schwach zu sein.“ verfügt und somit auf Verhaltensebene Gefühle unterdrückt. Im therapeutischen Kontext wird dieses Schema allerdings vielleicht aktiviert, aber gezielt kompensiert auf Basis der Theorie des Therapeuten „Gefühle zeigen und emotional mitschwingen hilft dem Patienten“.

Außerdem werden die therapeutischen Qualitäten durch die akademische und praktische Aus- und Weiterbildung sowie die kontinuierliche Fortbildung des Therapeuten beeinflusst. Dieser Faktor bringt zum Ausdruck, dass ein Psychotherapeut Expertise und therapeutische Qualitäten durch Bildung entwickeln kann. Dieser Faktor hatte in der Psychotherapieforschung wie oben erläutert stets einen Stellenwert und eine, wie zuvor erläutert, berufspolitische Wichtigkeit. Die Forderung nach einer ausgeprägten akademischen und praktischen Ausbildung sowie kontinuierlicher Fortbildung für Psychotherapeuten wird von den Psychotherapeutenkammern als auch von politischer Seite beispielsweise in Deutschland gefordert. Caspar (2017) weist in seinem Artikel darauf hin, dass Experten (besonders gute Therapeuten) sich von anderen Therapeuten durch ihr Entwicklungsbestreben, den Bildungsdrang und die aktiven Bemühungen, sich stetig in ihrem Handeln innerhalb der Therapie zu verbessern, unterscheiden.

Auch wird die therapeutische Qualität laut vorliegender Integration der zuvor erläuterten Theorien durch Behandlungserfahrung und emotionale sowie soziale Intelligenz beeinflusst. Emotionale und soziale Intelligenz, wie zuvor definiert, bilden den kognitiven Teilaspekt sozialer Kompetenzen, welche sich in den therapeutischen Qualitäten widerspiegeln. Im folgenden Exkurs sollen soziale Kompetenzen noch genauer beleuchtet werden.

Laut vorangehender Integration der beiden Modelle, wirkt sich die erfolgte therapeutische Intervention und die therapeutische Beziehung auf die momentane Zusammenarbeit im therapeutischen Kontext aus. Die momentane Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut beschreibt eine zielgerichtete Allianz, welche den Zustand des Patienten kontinuierlich entsprechend seines Therapieziels verbessern soll. Somit ist der aktuelle Zustand des Patienten beeinflusst durch die Zusammenarbeit innerhalb der Sitzung, aber auch durch Variablen, welche unabhängig von der Sitzung, den Gemütszustand oder die Krankheitsentwicklung des Patienten beeinflussen. Letztere Faktoren können sich im sozialen Umfeld des Patienten befinden oder auch intrapsychische und intraphysische Veränderungen beschreiben, welche der Patient fernab des Psychotherapeutischen Wirkrahmens erlebt und/oder nicht in der Sitzung kommuniziert. Als Beispiele können hier Krankheiten des Patienten außerhalb der bereits diagnostizierten Störungen oder auch soziale Veränderungen, wie Trennungen, Umzüge oder auch freudige Ereignisse wie Eheschließungen und Geburten sein. Der aktuelle Zustand des Patienten direkt während oder direkt im Nachgang der Intervention kann sich über die Sitzungen hinweg verändern, aber auch im Nachklang jeder einzelnen Sitzung Entwicklungen des Patienten nach sich ziehen. In Kumulation verändert sich der Patient dann während des therapeutischen Prozesses in unterschiedlichen Stadien; während der Sitzung, nach der Sitzung, auf dyadischer Mikro-Ebene und auf generalisierter Macro-Ebene. All diese Veränderungen Effekte auf die Stabilität oder auch das Konsistenzerleben



des Patienten und wirken sich wiederum auf die motivationalen Schemata und letztlich das Erleben und Verhalten sowie die Patientenqualitäten aus. Es entsteht ein Kreislauf, in dem der effektive Therapeut in jeder Beobachtungsphase (momentaner Zustand, Veränderung innerhalb der Sitzung, Post-Session-Outcome, Micro-Outcome und Macro-Outcome) sein Handeln reflektieren und evaluieren, sodass die therapeutische Beziehung (mit jeweils beachteter Veränderung der Patientenvariable) und Intervention flexibel angepasst werden können, um das Therapieergebnis zu optimieren.

### **3. Konkretisierung der Fragestellung**

#### **3.1 Definition von Expertise und Darstellung des Therapieerfolgs**

Hill et al. (2017) stellten in ihrem Artikel zur Therapeutenexpertise die These auf, dass das derzeitige Fehlen von konkreten Aussagen in Bezug auf die Entwicklung und Identifikation von Therapeutenkompetenzen, auf eine unzureichende Definition und Operationalisierung des Konzeptes „Expertise“ in der Literatur, zurückzuführen ist. Expertise im Bereich der Psychotherapie ist laut Tracey et al. (2014) ein komplexes Konstrukt, da auch das Therapieergebnis (im Folgenden auch als „outcome“ bezeichnet) über verschiedene Therapieverläufe und Forschungsfragen unterschiedlich sein kann. Die Autoren legen daher in ihrem wissenschaftlichen Beitrag eine multimodale Definition von Expertise als die Manifestation von Therapeutenfähigkeiten, -fertigkeiten, fachlicher Kompetenz und Wirksamkeit auf höchstem Niveau nahe. Die Bewertung effektiver Therapeuten kann laut Hill et al. (2017) anhand folgender Kriterien erfolgen: Anhand ihrer Performanz, ihrer kognitiven Verarbeitungstärken, der Veränderung oder Erfolge beim Patienten („outcome“), ihrer Behandlungserfahrung, ihrer persönlichen und bindungsspezifischen Qualitäten, ihrer Referenzen und Reputationen und ihrer Selbsteinschätzung. Diese Definition ist, mit

Ausnahme der Betrachtung von Referenzen und Reputationen, konsistent mit der aktuellen Befundlage zu Merkmalen effektiver Therapeuten (vergleiche Kapitel 2.1.2). Expertise kann somit kumulativ oder innerhalb jedes einzelnen Faktors nach Hill et al. (2017) betrachtet werden. Eine alternative Form, Expertise anhand verschiedener Kriterien zu bemessen führt Caspar (2017) an. Er beschreibt die Möglichkeit von Therapeutenbeurteilung als „Experten“ durch andere Therapeuten, durch Ratingsysteme, durch Messung der Patientenveränderung mittels Effektgrößenberechnung des Therapieerfolgs sowie durch die Qualität der Therapeuten als Lehrende und durch die Fähigkeit der Therapeuten mit schwierigen Patienten umzugehen.

Um ein adäquates Maß für Therapieerfolg zu finden, wurden die bereits beschriebenen Erkenntnisse von Flückiger et al. (2007) und Grawe, Caspar & Ambühl (1990) herangezogen. Hier erfolgte die Darstellung des Therapieoutcomes anhand eines kombinierten Maßes, das gleichwohl auf direkten und indirekten Messmitteln basiert. Solch ein multidimensionales Maß für Therapieerfolg erscheint aus der Überlegung heraus sinnvoll, dass auch Psychotherapie als Intervention zur Krankheitsbehandlung ein multidimensionales Wirkinstrument darstellt. Eine unidimensionale Darstellung über lediglich eine Skala wird somit der Komplexität der Wirkmechanismen innerhalb der Psychotherapie nicht gerecht und trägt der Individualität der Patienten und der Unterschiedlichkeit der Symptomgruppen und –ausprägung keinerlei Rechnung. Flückiger et al. (2007) konnten anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse und Strukturgleichungsmodellen ein Drei-Faktoren-Modell mit zufriedenstellenden Modellfits und Reliabilitätskoeffizienten explorieren.

Teil dieses Modells sind zum einen zwei indirekte Maße: Der GSI der deutschen Version des SCL-90 (Symptomcheckliste von Derogatis; Franke, 1995) beziehungsweise des BSI (Brief Symptom Inventory; Franke, 2000) und die deutsche Version des IIP-64 (Inventar Interpersonaler Probleme; Horowitz, 2000). Für diese beiden Messmittel wurden Effekt-

stärken anhand der Prä-Post-Differenz, dividiert durch die gepoolte Standardabweichung (Ziegler, 2009) berechnet.

Zum anderen werden fünf direkte Messmittel einbezogen: die Patientennachbefragung und die Therapeutennachbefragung (Grawe und Braun, 1994), das Goal Attainment Scaling (GAS; Kiresuk, 1982), der Veränderungsfragebogen zu Erleben und Verhalten (VEV ; Zielke, 1978) und die dritte Skala des Veränderungsfragebogens für Lebensbereiche (VLB ; Itten, 2004). Die Effektstärken der direkten Messmittel wurden anhand der jeweiligen Gesamtwerte beziehungsweise Skalenwerte der Messmittel, dividiert durch die Standardabweichung zum Post-Zeitpunkt, berechnet. Das Maß für Therapieerfolg ergab sich dann letztlich aus dem Mittelwert der Effektstärken der insgesamt sieben Messmittel (Flückiger et al., 2007).

### **3.2 Hypothesen**

*“Psychotherapy is not an uninhabited terrain of technical procedures. It is not the sterile, stepwise, process of surgery, nor the predictable path of diagnosis, prescription, and cure. It cannot be described without the client and therapist[...].”* (Duncan & Miller; 2005).

In dieser Arbeit konzentriert sich die Fragestellung auf den Einfluss des Therapeuten auf das Therapieergebnis. Orientiert an Blow (2007), beeinflusst der Therapeut in der Art und Weise seines Handelns, seines Seins und seiner Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess das Therapieergebnis.

In der Psychotherapieforschung konnten bereits unterschiedliche Fähigkeiten und Kompetenzen der Therapeuten identifiziert werden. Caspar und Evermann (2009) werfen die Frage auf, was Kandidaten und Kandidatinnen einer Psychotherapieausbildung schon vor Weiterbildungsbeginn mitbringen müssen, um später gute Psychotherapeuten zu sein. Im Folgenden baut diese Arbeit auf dieser Fragestellung auf. Es sollen nun Therapeutenmerkmale

explorativ untersucht werden, um herauszufinden, welche schon vor Beginn der Weiterbildung einen Unterschied zwischen guten und schlechten Therapeuten ausmachen.

Auch orientiert sich diese Dissertation an den Arbeiten von Beutler et al. (1994) und Beutler et al. (2004). Beutler et al. beschreiben die Merkmale effektiver Therapeuten als das Vorhandensein interpersoneller Eigenschaften und sozialer Kompetenz, was sich beispielsweise darin zeigt, soziale Beziehungen gestalten zu können. Auch schildern sie die Wichtigkeit von Empathie, kognitiver Komplexität, Ambiguitätstoleranz und einem bestimmten Motivprofil. Beutler führt zum Beispiel die Abwesenheit eines hohen Kontrollmotivs an, was zunehmende Flexibilität innerhalb der Therapie und Entfaltung des Patienten im Therapieprozess zulässt. An dieser Stelle sei der Entwicklungsgedanke aufgegriffen. Laut Duncan (2010) streben effektive Psychotherapeuten danach sich stetig weiterzuentwickeln und ihre Fähigkeiten zu kultivieren. Es ist davon auszugehen, dass sich dieses Bestreben innerhalb der Motive der angehenden Therapeuten auch schon vor dem Beginn der Weiterbildung abzeichnet und möglicherweise einen Einfluss auf den späteren Therapieerfolg hat.

Hieraus resultieren folgende Hypothesen:

Hypothese 1: Der spätere Therapieerfolg lässt sich auf eine hohe Ausprägung von kognitiver Komplexität und Ambiguitätstoleranz von Psychologieabsolventen und –absolventinnen vor Beginn Weiterbildung zum Psychotherapeuten zurückführen.

Hypothese 2: Der spätere Therapieerfolg lässt sich auf eine hohe Empathiefähigkeit sowie hohe soziale Kompetenz im Sinne von sozialem Verständnis, Beziehungsaufbau und –kompetenz im therapeutischen Erstgespräch und sozialer Wahrnehmung zurückführen.

Hypothese 3: Der spätere Therapieerfolg lässt sich auf bestimmte Motivstrukturen und erlebte Konsistenzen des Therapeuten zurückführen, welche schon vor Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten vorhanden waren, so zum Beispiel die Abwesenheit eines starken Kontrollmotivs und das Vorhandensein eines starken Bildungsmotivs.

## **4. Methodik**

### **4.1 Allgemeine Rahmenbedingungen**

Im Rahmen eines von der Universität eigenfinanzierten Projektes zur Erfassung von Therapeutenmerkmalen wurden die neuen Ausbildungskandidaten/Innen im Master of advanced Studies in Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Universität Bern aus den Jahren 2008 bis 2017 angeschrieben und als Probanden auf freiwilliger Basis rekrutiert. Für diese Arbeit werden Daten der TeilnehmerInnen mit Weiterbildungsbeginn bis 2013 verwendet. Die Teilnahme wurde mit jeweils 300 Franken und Erstattung der Fahrtkosten vergütet. Neben den bei angehenden Therapeuten und Therapeutinnen erhobenen Daten, wurden auch Daten der Patienten und Patientinnen im Rahmen der Therapieevaluation der Praxisstelle des Instituts für Psychologie der Universität Bern verwendet, die alle einer Verwendung dieser Daten zu Forschungszwecken zugestimmt hatten. Alle Patientendaten wurden anonymisiert archiviert und mittels einer Chiffre dem entsprechenden Therapeuten und dessen Datensatz zugeordnet. Die Auswertung der Datensätze erfolgte nach Abschluss der Therapeutenweiterbildung.

Die Auswahl der Messinstrumente erfolgte unabhängig und vor Beginn der Dissertation. Die Auswahl der Messmittel für die Patientenvariablen war geprägt durch die in der Praxisstelle des Instituts für Psychologie der Universität Bern verwendeten Fragebögen zur Diagnostik. Die Auswahl der Fragebögen zur Erfassung der Therapeutenvariablen orientierte sich

teilweise an den Fragebögen, mit denen die Patientenvariablen erfasst wurden. Diese Studie sollte aber dem Anspruch gerecht werden multidimensionale Daten zu erfassen, sich somit nicht nur auf subjektive Fragebogendiagnostik zu stützen, welche beispielsweise durch Faktoren wie soziale Erwünschtheit beeinflusst sein könnte. Auch Weck et al. (2015) zeigten bereits, dass es möglich ist, Therapeutenkompetenz durch andere Erhebungsmethoden zu erfassen, als durch reine Fragenbogendiagnostik. Die Autoren beschreiben in ihrem Artikel Weck et al., 2015) die Cognitive Therapy Scale (Young et al.,1980) als Messinstrument, mit dem objektive Beobachter, die Therapeutenkompetenz der Probanden einschätzen sollen. Dies geschah in dieser Studie bei videografierte Therapiesitzungen mit depressiven Patienten. als Um andere Formen der Datenerhebung zu nutzen und auch intuitive Reaktionen zu erheben, wurde beispielsweise das Rollenspiel (Verhaltensbeobachtung) oder die Repertory Grid Technique sowie Teile der Magdeburger Testbatterie zur sozialen Intelligenz genutzt. Nach einer ersten tabellarischen Übersicht sollen die verwendeten Messmittel in der Tabelle 1 gewählten Reihenfolge in Kürze beschrieben werden.

**Tabelle 1 a**

Tabellarische Übersicht der Messmittel

Merkmal	Messmittel	Therapeut		Patient				
		Prä	Verlauf	Prä	Verlauf	Post	Kat 1	Kat 2
Therapeutenkompetenz	Rollenspiel							
Empathie	Rollenspiel							
Soziale Kompetenz	U-Fragebogen	X						
Ambiguitätstoleranz	IMA-40	X						
Kognitive Komplexität	RGT	X						
Soziales Verständnis	MTSI (Teil-version)	X						
Soziale Wahrnehmung	MTSI (Teil-version)	X						

**Tabelle 1 b**

Tabellarische Übersicht der Messmittel

Merkmal	Messmittel	Therapeut		Patient				
		Prä	Verlauf	Prä	Verlauf	Post	Kat 1	Kat2
Persönlichkeits-eigenschaften	NEO-PI-R	X						
Persönlichkeitsstruktur	PSSI	X						
Intuitions- und Deliberations-präferenz	PID	X						
Soziale Erwünschtheit Antwort-tendenzen	SDS-CM	X		X		X	X	X
Inter-personelle Eigenschaften	IIP-64	X		X		X	X	X
Belastungs-symptome	BSI			X		X	X	X
Ressourcen	RES-K	X		X		X	X	X
Motive	FAMOS	X		X		X	X	X
Erfüllung von Motiven	INK	X		X	X*	X	X	X
Wohlbefinden	BFWE			X	X	X	X	X
Veränderung Lebens-bereiche	VLB-K				X	X	X	X
Zielerreichung	GAS				X	X	X	X
Stunden-evaluation	StB2000			X	X**	X	X	X
Veränderung Erleben/Verhalten	BVB-2000					X	X	X
Einschätzung der Supervisoren ***	Supervi-sorenbogen							

\* drei Messzeitpunkte

\*\*durchgeführt nach jeder Therapiestunde

\*\*\*ausgefüllt von Supervisoren der angehenden Therapeuten, nach Abschluss der Therapie

## 4.2 Messmittel

### 4.2.1 *Rollenspiel*

Im Rollenspiel wird eine simulierte Interaktion in einem simulierten therapeutischen psychotherapeutischen Erstgespräch erfasst“. Mittels Fremdbeobachtung wird das Sozialverhalten des Probanden innerhalb der Interaktion erfasst. Diese Verhaltensbeobachtung ist die Basis für eine indirekte Erfassung von Kompetenzen mit Hilfe eines Rating-Bogens.

Im Zeitraum von 2008 bis 2013 wurden Rollenspiele durchgeführt, um die Therapeutenkompetenz anhand des Sozialverhaltens der Ausbildungskandidaten und deren Empathiefähigkeit zu bewerten. Verhaltensbeobachtung der angehenden Therapeuten im Rollenspiel stellt einen möglichen Zugang zu den Konstrukten Soziale Kompetenz oder auch Therapeutenkompetenz und Empathie dar. Durch konkrete Beobachtung und Operationalisierung der Konstrukte und Verhaltensweisen können Rückschlüsse aus der konkreten Situation auf die jeweilige Ausprägung des zugrundeliegenden Konstrukts gezogen werden.

Während des Erhebungszeitrahmens war es notwendig, unterschiedliche Rollenspielszenarien zu entwickeln, da angenommen wurde, dass die Probanden die Anweisung, sich nicht über das Rollenspiel und dessen Inhalt auszutauschen, in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Untersuchung, das heißt gegenüber anderen in ihrer Kohorte einhalten würden. Weniger sicher war aber ihre Verschwiegenheit in größerem zeitlichem Abstand gegenüber anderen, von denen sie teils ja noch gar nicht wissen konnten, dass diese später in dieses Weiterbildungsprogramm einsteigen und damit auch getestet würden, zu gewährleisten. Das Risiko, dass angehende Therapeuten sich auf die gestellten Schwierigkeiten im Rollenspiel vorbereiten konnte, sollte durch eine Variation der Rollenspielinhalte minimiert werden. Das hat zur Folge, dass später nur die relativen Ratingwerte innerhalb einer Kohorte, nicht die absoluten Werte, verwendet werden konnten.



Jeder künftige Ausbildungsteilnehmer nahm vor Weiterbildungsbeginn an einem der etwa 20-minütigen Rollenspiele innerhalb der Räumlichkeiten der Praxisstelle teil, das auf Video aufgezeichnet wurde. Nach der Videoaufzeichnung folgte eine Erhebung mittels ausgewählten Items der Studienbögen PatStBo und ThStBo (Flückiger et al., 2010; Anhang 1).

**4.2.2.1 Beschreibungen der Patientenrollen.** Die Rolle der Patientin innerhalb der Rollenspiele wurde von je einer Hilfsassistentin des Instituts pro Jahrgang gespielt. Sie erhielt eine Rollenbeschreibung, welche sowohl die Hintergrundinformationen der zu verkörpernden Patientin, als auch die zu spielenden schwierigen Therapiesituationen enthielt (Anhang 2). Während der über sechs Jahre hinweg durchgeführten Rollenspiele wurden sechs unterschiedliche Patientenrollen von unterschiedlichen Hilfsassistentinnen verkörpert. Musterlösungen für die jeweiligen Szenarien wurden nicht formuliert.

Bei der darzustellenden Patientin aus dem ersten Jahrgang (Weiterbildungsbeginn 2008) handelte es sich um die 21-jährige Sabine Jakobi aus Karlsruhe. Die Rolle befindet sich aktuell für einen zweimonatigen Auslandskurs im Rahmen ihrer Ausbildung zur Pflegefachfrau in Bern. Die Patientin zeigt sich mit eigefallener Körperhaltung, verschränkten Händen und etwas leblos wirkendem Gesichtsausdruck. Sie meidet den Blickkontakt zum Therapeuten, wirkt unruhig, was sich vor allem in ihren unruhigen Handbewegungen äußert, dennoch verlangsamt und still. Die Patientin antwortet sehr verzögert auf Fragen, spricht leise, monoton und unpräzise. Als Kernsymptome führt sie Unkonzentriertheit, depressive Stimmung, Antriebsverlust und Müdigkeit an. Im Kontakt ist sie trotz deutlich spürbarer Negativsymptomatik freundlich und offen, wenngleich schüchtern und wenig strukturiert in ihren Äußerungen.

Im Rollenspiel war vorgesehen, dass die „Patientin“ Schwierigkeiten einbaute. Die Schwierigkeiten bestanden darin, anfangs nicht auf die Frage des Therapeuten nach dem

Grund für die Konsultierung des Therapeuten einzugehen und stets wortkarg zu antworten. Des Weiteren sollte durch Sätze wie „Ich weiß es nicht.“ die Antwortmöglichkeiten der Patientin monotonisiert werden. Im weiteren Verlauf des Gespräches solle die Patientin mit dem Wunsch nach schneller Heilung und Hilfestellung, den Druck auf den Therapeuten erhöhen. Des Weiteren sollte die Therapeutenkompetenz so beispielsweise aufgrund des Alters des Therapeuten oder des Ausbildungsstandes in Frage gestellt werden, bevor das Rollenspiel mit einem Alltagsproblem endet, welches zu lösen gilt. Das Szenario von Frau Jakobi beinhaltete, dass die Patientin ihre Tasche vermisst und wohl im Bus vergessen hat. Auch hier zeigt sich die Patientin eher passiv, weshalb der Therapeut zur aktiven Problemlösung beitragen sollte.

Im Weiterbildungsjahrgang 2009 wurden die angehenden Therapeuten im Rollenspielszenario mit Frau Huber konfrontiert. Die Patientin zeigt Ähnlichkeiten zu der oben beschriebenen Frau Jakobi sowohl in der Symptomatik als auch in der Ausgestaltung der Schwierigkeiten. Sie besticht im therapeutischen Kontakt durch eingefallene Körperhaltung, Wortkargheit und starrer Mimik. Sie beklagt depressive Stimmung, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Antriebslosigkeit. Sie könne sich zu nichts motivieren und leide zudem auch unter Schlafstörungen. Neben der symptomorientierten Schwierigkeit der Introvertiertheit und Wortkargheit, drängt die Patientin den Therapeuten zu einer raschen Lösung und wünscht einen sofortigen Ratschlag zu erhalten. Außerdem wird die Therapeutenkompetenz auf Basis des Ausbildungsstands und des Alters in Frage gestellt. Die letzte Schwierigkeit bezieht sich erneut auf ein Alltagsproblem. Die Patientin schildert ihr Handy oder in manchen Fällen auch ihre Geldbörse verloren zu haben und erbittet Hilfe.

2010 erhielten wurde das Rollenspiel mit der Patientenrolle der Nadine Baumeister durchgeführt. Im Gegensatz zu den oben aufgeführten Szenarien zeigte sich Frau Baumeister in den Rollenspielen logorhöisch, sodass es dem Therapeuten schwer fiel konkrete Fragen zu

stellen und die Sitzung strukturieren zu können. Die Patientin, Anfang 20, wuchs in Münster auf und lebt nun mit ihrem Freund in Bern. Nach einem abgebrochenen Studium in Skandinavistik und einer abgebrochenen Wirtschaftsstudium verbrachte sie ein Au-pair Jahr in Schweden, was sich aber ebenso unpassend für sie erwies. Während ihres nahezu monotonen Berichts, stellt die Patientin im Rahmen der Anforderungen an den Therapeuten indiskrete und private Fragen nach Vorlieben des Therapeuten (so zum Beispiel, ob dieser ebenfalls schon einmal in Schweden gewesen wäre und ihm Schweden gefalle). Die Patientin versucht hier von sich abzulenken, sodass der Therapeut das Gespräch wieder auf sie fokussieren solle und die Chance zur Strukturierung und für eigene Fragestellungen nutzen solle. Die Patientin berichtet depressive Symptome, welche aber im Gespräch kaum aufgrund starker Affektiertheit und fassadär stabilem Auftreten kaum merklich sind. In ihren Schilderungen von Versagensängsten, Selbstwertproblemen aufgrund einer nicht vorhandenen Ausbildung und Zukunftsperspektive sowie negativen aufwärtsgerichteten Vergleichen mit Freunden, unterbricht die Patientin plötzlich und erfragt eine Raucherpause. Dieser Alltagsschwierigkeit solle der Therapeut mit Bedürfnisbefriedigung, aber klarer Grenzsetzung im Sinne von Vorgaben für die Widerkehr begegnen.

Im Jahr 2011 wurde die Rolle der Nicole Fankhauser, 22 Jahre alt, verkörpert. Sie ist geboren und aufgewachsen in Gstaad und ist aufgrund ihres Studiums nach Bern zugezogen. Die Patientin lebt in einer Zweck-WG. Frau Fankhauser schildert nach dem Abitur ein Auslandshalbjahr in den USA verbracht zu haben. Nach ihrer Rückkehr arbeitete die Patientin etwa 1,5 Jahre in einer Bar, da sie nicht wusste, was sie studieren sollte. Nun befindet sie sich im 3. Semester von Medienwissenschaften und Anglistik. Neben dem Studium arbeitete sie während des letzten Semesters ebenfalls in einer Bar, konnte sich aber in letzter Zeit nicht mehr motivieren, zur Arbeit aufzustehen. Im Gespräch zeigt sich die Patientin antriebslos, depressiv verstimmt und niedergeschlagen. Außerdem beschreibt sie Appetitlosigkeit und

Schlafstörungen in Form von Ein- und Durchschlafstörungen, was wiederum tagsüber zu erhöhter Müdigkeit führen würde. Die Patientin meidet den Blickkontakt, schaut traurig und spricht leise sowie monoton. Sie ist teilweise strukturlos in ihren Ausführungen und zeigt sich in ihrer Haltung gekrümmt sowie nervös, was sich in unruhigen Handbewegungen zeigt. Im Verlauf des therapeutischen Rollenspiels wurden folgende Schwierigkeiten für den Therapeuten eingebaut: die Patientin verhielt sich zunächst kooperativ, aber dann plötzlich sehr schweigsam. Außerdem sollte die Patientin bei dem Therapeuten Druck aufbauen, indem sie eine schnelle Heilung wünscht. Dieser Wunsch sollte fordert formuliert werden, da die Patientin schnell wieder im Studium leistungsfähig sein möchte und die Therapie nicht als unwirksame Belastung in ihrem Leben ansehen möchte. Im weiteren Verlauf des Gespräches soll die Patientin dem Therapeuten eine persönliche Frage stellen, so beispielsweise nach seinem Befinden oder nach seinem Verhalten in einer ähnlichen Situation fragen, um von sich abzulenken. Das Rollenspiel endet erneut mit einem Alltagsproblem, welches zu lösen gilt. Das Szenario von Frau Fankhauser beinhaltet, dass die Patientin eine Zigarettenpause wünscht.

Im vorletzten Jahr der Erhebung (2012) wurde Frau Baumeister von der Hilfsassistentin verkörpert, welche angelehnt an das Rollenspiel von 2010 konstruiert wurde. Aufgewachsen in Münster lebt die Patientin nun mit ihrem Freund in Bern. Ein Studium in Skandinavistik brach sie ab, da ihr Vater sie motivierte ein Wirtschaftsstudium zu beginnen. Die Patientin sei habe nun auch dieses Studium und einen Au-Pair- Aufenthalt abgebrochen. Im Gespräch zeigt sich die freundlich und zugewandt, aber ebenfalls mit starkem teils schwer zu strukturierendem Redefluss. Sie berichtet Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen und infolge einer erhöhten Unkonzentriertheit und Nervosität auch eine Zunahme ihres Zigarettenkonsums. Sie schildert deutliche Selbstwertschwierigkeiten, infolge ihres aktuell arbeitslosen und abschlusslosen Statuses im Vergleich zu ihren Schulfreunden.

Die Patientin zeichnet sich im Gespräch durch ihre fassadär kompetente Wirkung aus. Sie bedrängt den Therapeuten, eine rasche Heilung der psychischen Symptomatik zu erwirken und will eine hoffnungsvolle Prognose erfragen. Am Ende des Rollenspiels wird erneut ein Alltagsproblem eingebaut. Die Patientin gibt an, ihre Geldbörse nicht finden zu können und erbittet zudem infolge von Erschöpfung eine Pause.

Das letzte Rollenspielszenario im Jahr 2013 wurde Frau Moser dargestellt. Sie lebt noch zu Hause bei ihrer Familie und studiert Germanistik und Anglistik. Diese Rolle zeichnet sich durch sehr starke Affektverflachung und Wortkargheit aus. Gezeigt werden eine eingefallene Körperhaltung und depressive Stimmung sowie stark ausgeprägte Lustlosigkeit und verschränkte ablehnende Therapiehaltung. Die Patientin meidet Blickkontakt, wirkt ruhig und berichtet von unwillkürlich auftretenden Bauchschmerzen im Sinne einer psychosomatischen Erkrankung. Die psychosomatische Komponente sei ihr aber nicht bewusst, weswegen sie über die Bauchschmerzen nur kurz von sich aus andeutet, sodass der Therapeut die nähere Exploration der körperlichen Befindlichkeiten einleiten sollte. Am Ende des Gespräches äußert sich das Alltagsproblem darin, dass der Patientin schlecht wird, sodass die akute psychosomatische Stresskomponente im therapeutischen Setting nicht mehr ignoriert werden kann. Sofortige Hilfestellung seitens des Therapeuten wird spätestens nun notwendig.

**4.2.2.2 Ratingbogen und Raterausbildung** Das Videomaterial der Rollenspiele wurde jeweils von zwei geschulten Personen gesichtet, welche die Kandidaten in unterschiedlichen Fertigkeiten anhand von Items mit einer jeweils siebenstufigen Likert-Skala bewerteten. Im Folgenden werden diese Personen auch als Rater bezeichnet. Der Rating-Bogen (Braun, 2016) wurde eigens für diese Untersuchung entwickelt und ist somit auf die Rollenspiele und deren Inhalt angepasst. Er beinhaltet zwei voneinander unabhängig

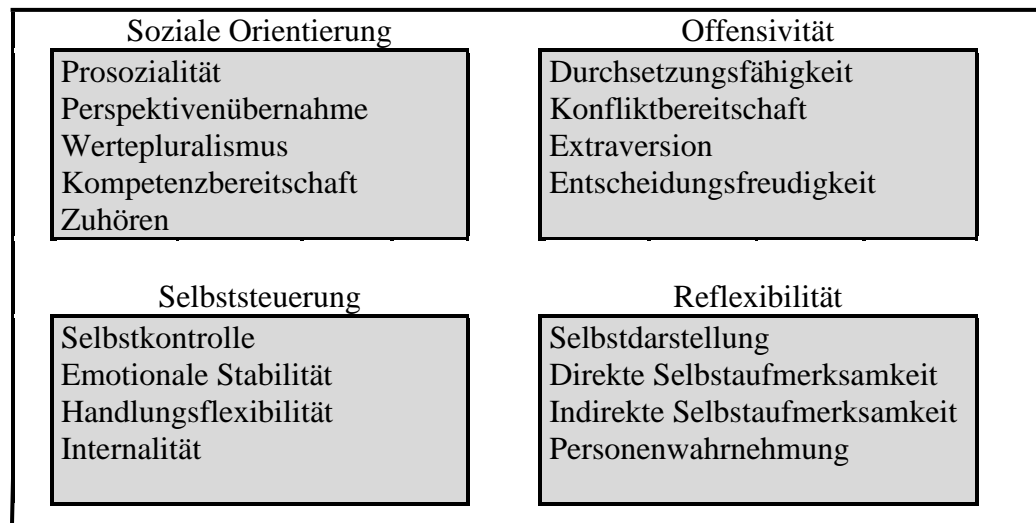
konzipierte Bewertungsbereiche; „Therapeutenkompetenz“ und „Empathie“. Die Einschätzung der beobachteten Therapeuten innerhalb der beiden Bereiche kann simultan erfolgen. Die Items im Bereich „Therapeutenkompetenz“ sind ansatzweise chronologisch angeordnet, allerdings kann aufgrund der Flexibilität im Rollenspiel auch eine nicht der Reihenfolge entsprechende Bewertung durch die Rater erfolgen. Die Items im Bereich „Empathie“ unterliegen keiner bestimmten Reihenfolge. Die Validierung des Rating-Bogens erfolgte nach der Schulung der Rater und auf Basis derer Übereinstimmungen. Nun sollen beide Bereiche und deren Entwicklung näher betrachtet werden.

Der Bereich zur **Therapeutenkompetenz** richtet sich an die Bewertung der sozialen Kompetenz der angehenden Therapeuten. Der Teilbereich besteht aus insgesamt 19 Items, wovon das letzte Item als eine Gesamtkompetenzeinschätzung betrachtet werden kann. Es wird am Schluss der Ratings ausgefüllt. Zur Einschätzung der Gesamtkompetenz wird der Gesamteindruck der Therapeuten im Rollenspiel und die vorangegangene Einschätzung der Rater in den anderen Kategorien des Kompetenzbereiches betrachtet. Die theoretische Grundlage für den Kompetenzbereich des Ratingbogens lässt sich auf Kanning (2009) zurückführen. Im Rahmen der Entwicklung des Inventars sozialer Kompetenzen (ISK; Kanning, 2013) führt er vier Gruppen sozialer Kompetenzen an (Abb. 5).

Ausgehend von der beträchtlichen inhaltlichen Bandbreite an interaktionellem Sozialverhalten und der damit einhergehenden Kompetenzanforderungen ist es für eine Diagnostik unerlässlich, die konkrete Situation miteinzubeziehen und schließlich das Zusammenspiel zwischen Kompetenz und situativer Anforderung zu betrachten (Kanning, 2009). Neben diesen allgemeingültigen sozialen Kompetenzen sind besondere Fertigkeiten seitens der Therapeuten im Erstgespräch notwendig.

## Abbildung 5

Struktur sozialer Kompetenzen (Kanning, 2009).



Zusätzlich zu den von Kanning beschriebenen Sozialen Kompetenzen wurden ebenso die therapeutspezifischen Sozialkompetenzen mit in den Rating-Bogen integriert (so beispielsweise „klarer Kommunikationsstil“ und „Grenzen formulieren“). Das psychologische Erstgespräch dient in der Regel zur Problemerkfassung und vorläufigen Diagnosestellung sowie -unter Berücksichtigung von Zielen und Erwartungen seitens des Patienten- zur Formulierung einer am besten geeigneten Behandlung (Eckert, 2010). Damit geht das Erstinterview mit Kompetenzanforderungen an den Psychotherapeuten einher, die sich in Informations-, Beziehungs- und Interventionsfaktoren unterscheiden lassen und folgenden Kategorien zuzuordnen sind: (a) Informationssuche; (b) Informationsweitergabe; (c) Maßnahmen zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen und kooperativen Beziehung und; (d) Interventionsmöglichkeiten des Therapeuten (vgl. Tab. 2, Frank & Frank, 2009).

**Tabelle 2**

Kompetenzanforderungen an den Psychotherapeuten für das Erstgespräch angelehnt an Frank & Frank (2009)

<b>Informationssuche des Therapeuten</b>	<b>Informationsweitergabe an den Patienten</b>	<b>Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung</b>	<b>Aufbau einer guten emotionalen Beziehung</b>	<b>Erste therapeutische Intervention</b>
Gründe und Anlass für Therapie eruieren	Informationen zur Symptomatik und zum Krankheitsverlauf geben	Kompetenzen betonen und Kompetenzerwartung erhöhen	Emotionale Nähe zum Patienten vermitteln	Vorbereitung des Patienten auf störungsspezifische Konzepte
Therapiemotivation und -erwartungen eruieren	Behandlungsprinzipien und -ablauf erklären	Therapeutische Erfahrung vermitteln	Patienten und dessen Probleme ernst nehmen	Beginn der Veränderung ungünstiger kognitiver Konzepte
Erfassung aktueller Symptomatik und des bisherigen Verlaufs	Klärung organisatorischer und anderer akuter Fragen des Patienten	Auf Kompartibilität, Plausibilität und Nichtfalsifizierbarkeit der therapeutischen Äußerung achten	Atmosphäre von Vertrauen und Offenheit schaffen	Förderung einer aktiven und selbstverantwortlichen Patientenrolle
Verdachtsdiagnose erstellen auf Basis der wichtigsten diag-nostischen Kriterien		Transparenz und sicheres Auftreten	Patienten validieren/ Verständnis vermitteln	Motivationsförderung des Patienten
Behandlungsmöglichkeiten klären		Negativen oder falschen (Vor-)urteilen des Patienten entgegenwirken	Wertfreiheit	Falls keine Behandlung möglich: alternative Hilfsangebote
Erfassung zentraler problemspezifischer Konzepte		Gepflegtes äußeres Erscheinungsbild	Authentizität des Therapeuten	Falls keine Behandlung nötig: entpathologisieren
Werte, Ziele und Überzeugungen des Patienten erfassen		Bedachte und adäquate nonverbale und verbale Kommunikation sowie soziales Verhalten	Unterlassung von Schuldzuweisung	Falls suizidal oder der Verdacht auf Gefährdung besteht: Sicherung einleiten
Ressourcen und Kompetenzen des Patienten herausstellen				

Daneben führt Hill (2014) in ihrer Empfehlung für ein mögliches Vorgehen, den Einstieg in die Initialsitzung näher aus. Sie legt dem Therapeuten nahe, den Patienten beispielsweise über die Erforderlichkeit von Videoaufzeichnungen zu informieren, ihm Erklärungen hinsichtlich Stundeninhalten und Rahmenbedingungen zu liefern und das Thema



der Vertraulichkeit anzusprechen. Weitere Kompetenzen können aus der Therapist Intentions List abgeleitet werden, welche einer qualitativen Forschungsarbeit von Hill und O'Grady (1985) entstammen. Im Zusammenschluss von Ergebnissen aus einer umfassenden Literatursichtung und strukturierten Interviews, die sie mit Therapeuten durchführten, entwickelten Hill und O'Grady eine Liste von 19 pantheoretischen Intentionen aus neun Kategorien: (a) Grenzen setzen; (b) Beurteilen (Informationssuche, Fokussieren, Klären); (c) Unterstützen (Hoffnung wecken, Veränderung hervorbringen); (d) Informationsvermittlung; (e) Exploration von Kognitionen, Emotionen und Verhalten; (f) Umstrukturierung (Einsicht, Widerstand, Herausforderung); (g) Veränderung; (h) Beziehungsarbeit; (i) Restkategorie (Katharsis, Selbstkontrolle, Therapeutenbedürfnisse). Laut Hill (2014) liegen Intentionen dem daraus resultierendem therapeutischen Handeln und den therapeutischen Zielen zugrunde. Es schien daher sinnvoll die Intentionen als theoretischer Anker für den Ratingbogen aus therapeutischer Perspektive zu verwenden, sodass der Bereich zur Therapeutenkompetenz, allgemeines sozial kompetentes Verhalten, als auch therapeuten spezifische Fertigkeiten im Erstgespräch abdeckt. Neben der theoretischen Basis wurde auch auf in der Literatur gängige Instrumente zur Fremdbeurteilung von Therapeutenverhalten zurückgegriffen, um die Kompetenzratingskala zu konzipieren, deren detaillierte Ausführung an dieser Stelle zu weit führen würde und in der unveröffentlichten Masterthesis von Kerstin Braun (2016) nachgelesen werden kann.

Vor allem aus der deutschsprachigen Version der CTS (Weck, 2015), innerhalb der Skala zu allgemeinen therapeutischen Kompetenzen, konnten einige Items weitestgehend übernommen werden (Items 2, 3; teilweise 6, 8). Ebenfalls wurde die globale Kompetenzeinschätzung am Ende des Kompetenzratings integriert. Das Rating wurde auf siebenstufigen Likertskalen (von mangelhaft bis exzellent) vorgenommen. Aus den weiteren kognitiv-verhaltenstherapeutischen Messinstrumenten wurden inhaltliche Schwerpunkte zur

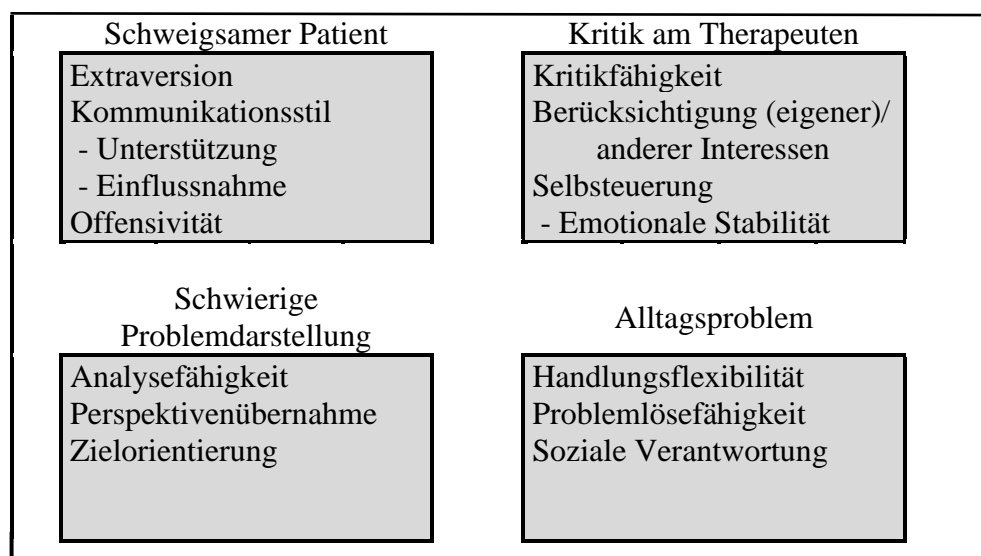
Entwicklung neuer Items entlehnt. Besondere Berücksichtigung fanden die Items zu Fähigkeiten in der Stundenstrukturierung und Themenfokussierung sowie zu Fähigkeiten in der Beziehungsgestaltung und -aufrechterhaltung. Zudem boten die Vanderbilt Prozessskalen viele Merkmale, die in die Itemgenerierung einfließen. Auf Basis beider Skalen wurden Items generiert, welche zur Stabilisierung des Patienten durch beispielsweise „Hoffnung wecken seitens des Therapeuten“ beitragen. Auch wurden den Skalen Verhaltensweisen entnommen, welche die Explorationsfähigkeit von Therapeuten beschreiben. Mithilfe der vorliegenden Patienten- und Therapeutenperspektive der Berner Stundenbögen wurden insbesondere die Items zur Therapiebeziehung und Ressourcenaktivierung erweitert und ausdifferenziert. Das Inventar zur Erfassung sozialer Kompetenzen bot eine weitere Sichtweise auf potenzielle therapeutische Kompetenzen einer anforderungsanalytischen Ausrichtung. Einzelne Skalen und darin enthaltenen Verhaltensweisen dienten als Vorlage für die Generierung eigener Items.

Neben der ausführlichen Literaturrecherche zu notwendigen Kompetenzen im Erstgespräch sowie der Orientierung hin zu bereits bestehenden und erprobten Messmitteln zur Verhaltensbeobachtung therapierelevanter Faktoren, wurde zur Generierung eigener, explizit zur Form des Rollenspiels passender, Items eine praktische explorative Herangehensweise gewählt. Vor Beginn der studienrelevanten Rollenspiele wurden zwei Versionen der Rollenspiele von einem erfahrenen Therapeuten und der Hilfsassistentin aus Jahrgang 2008 gespielt und aufgezeichnet, welche den künftigen Hilfsassistenten (künftigen „Patienten“) als Orientierung dienen sollte. Sie konnten hier erahnen, wie ein Therapeut sich im Kontext der Patientenrolle verhalten könnte. Eine Version zeigte den ausgebildeten Psychologischen Psychotherapeuten (Dozent der Universität Bern) als „guten Therapeuten“ und eine Version zeigte „schlechte therapeutische Reaktionen“. Mit diesem Filmmaterial konnten somit, ohne ein vorheriges Sichten des Datenmaterials der Rollenspiele aus der

Studie, die Items so konzipiert werden, dass sie die gestellten Anforderungen im Rollenspiel abdecken und adäquate Verhaltensweisen von möglichen negativen Alternativen abgrenzen können. Da die Demonstrationsaufnahmen lediglich auf die Problemstellungen von der Patientenrolle „Jakobi“ ausgelegt waren, wurden nach Generierung der Items zufällig gewählte Rollenspielaufnahmen mit anderen Patientenrollen gesichtet, um trotz Unterschiedlichkeit der therapeutischen Fälle eine Erhebung mittels der Therapeutenskala über das komplette Videomaterial zu ermöglichen. Hieraus entstand nachfolgende Anforderungsanalyse unter Verwendung der von Kanning (2009) erstellten Kompetenzübersicht (Abbildung 5). Eine Definition der einzelnen Items und Skalen sowie die finale Form des Ratingskala mit entsprechendem Manual, welches in Form einer Masterarbeit von Kerstin Braun (2016) erstellt wurden.

### Abbildung 6

Kompetenzanforderungen an den Psychotherapeuten für das Rollenspiel in Anlehnung an Kanning (2009)



Vor der Konzipierung einer Beobachtungsskala von Empathie wurde zunächst Literaturrecherche bezüglich einer Definition und bereits vorhandener Messmittel durchgeführt. Es wurde ersichtlich, dass es keine eindeutige Definition in der Forschung zu

diesem Thema gibt und die konzeptuellen Grenzen teilweise stark schwanken oder verschwimmen (Batson, 2009; Elliott, 2011). Fokussiert man auf Batson (2009), so beschreibt er Empathie als die Fähigkeit einer Person, durch Sensibilität und Fürsorge, erraten zu können, was eine andere Person denkt oder fühlt. Empathie kann laut des Autors durch unterschiedliche Strategien umgesetzt werden. So kann beispielsweise „facial empathy“ durch die Einnahme der Körperhaltung des Gegenübers, ihre Umsetzung finden, um so durch Anpassung der eigenen Körperhaltung, Einblick in das Erleben des Gegenübers zu erhalten. Außerdem besteht die gedankliche Strategie, Empathie zu empfinden, indem sich die eine Person in die Situation der anderen hinein zu projizieren versucht. Durch ihre eigene Vorstellung und Perspektivübernahme versucht sie zu erleben, zu fühlen und zu denken wie ihr Gegenüber. Doch stellt beispielsweise Sachse (2000) heraus, dass die lediglich gleiche Empfindung oder die beschriebene Perspektivübernahme nicht ausreichen, um empathisch zu sein. Die stellvertretend empfundene Sorge um eine andere Person sowie die Sensibilität, die zu helfendem prosozialem Verhalten führen kann zeichnet Empathie aus und macht dieses Konstrukt somit auch auf der Verhaltensebene durch Beobachtung identifizierbar.

Der Rating-Bogen zur Erfassung von **Empathie** basiert auf der Definition von Empathie von Rogers, welcher Empathie als einen Zustand beschreibt, in welchem eine Person die innere Welt des Gegenübers so wahrnimmt, als ob es die eigene sei und fortlaufend versucht Teil dieser privaten und subjektiven Perspektive der anderen Person zu bleiben. Dieser Prozess soll weder aufdringlich noch zwingend explizit sein, sondern stets subtil und mit voller Aufmerksamkeit und Achtsamkeit vollzogen werden (Rogers, 1987). Eine empathische Interaktion kommt dann zustande, wenn die empathisch wahrnehmende Person in einem nächsten Schritt seine Erfahrungen affektiv, kognitiv und haltungsorientiert kommuniziert (Duan, 1996). Konkret bedeutet dies, dass die Person mit gespiegelten Emotionen (affektiv), intellektuellem Verständnis (kognitiv) und über den Ausdruck von Akzeptanz und Wärme

(Haltung) die empfangene innere Welt des Gegenübers reflektiert, sodass dieser die Reflektion wahrnimmt und wiederum reagieren kann (Barrett-Lennard, 1981).

Im Beobachterbogen für der psychotherapeutische Gespräch ist es nach Watson (2001) wichtig auf nonverbale Verhaltensweisen, Sprachcharakteristika, Antwortverhalten und interpersonale Therapeutenmerkmale einzugehen. Positive empathische Charakteristika wären beispielsweise direkter Augenkontakt mit einem sorgenvollen und aufmerksamen Ausdruck sowie die Kommunikation in klaren Worten mit einer interessierten und ausdrucksvollen Stimme. Wird empathisches Antwortverhalten seitens des Therapeuten beobachten, so sieht man die gleiche emotionale Intensität, wie beim Klienten mit zusätzlicher Spiegelung von Verständnis, aktivem Zuhören und der Patientenperspektive.

Als Beobachtungsinstrumente zur Erfassung von Empathie sind hier beispielsweise die „Accurate Empathy Scale“ von Truax und Carkhuff (1967), die „Response Empathy Rating Scale“ von Elliott et al. (1982), das „Measure of Expressed Empathy (MEE)“ von Watson und Prosser (1999) und die „Therapist Empathy Scale (TES)“ von Decker et al. (2014) zu nennen. Die „Accurate Empathy Scale“ besteht aus zehn Ebenen, auf welchen die empathischen Reaktionen des Therapeuten abgebildet werden können. Die Beurteilung der Empathie erfolgt in drei Phasen von jeweils zwei bis fünf Minuten am Anfang, in der Mitte und am Ende der therapeutischen Sitzung. Elliott et al. (1982) konkretisierten die Empathiefaktoren auf neun Beobachtungsebenen und nutzten die Rating-Skala über den gesamten Sitzungszeitraum hinweg. Die Beobachtungsebenen sind die zum einen die Intention des Therapeuten in den Bezugsrahmen des Klienten einzutreten, Schlussfolgern und Klären, Akkurates beziehungsweise Plausibilität, das aktiv sein im Hier und Jetzt der Sitzung seitens des Therapeuten, Themenzentrierung, Wortwahl, Stimmqualität, Exploration und zuletzt Einfluss. Die Komponenten werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit verbaler Verankerung beurteilt. Die Reliabilität liegt für zwei Komponenten (Stimmqualität und Exploration) unter

$\alpha = .60$ , die weiteren Komponenten erreichen gute Werte zwischen  $\alpha = .80$ -.90. Für die Gesamtskala wird eine Übereinstimmung von  $\alpha = .91$  erzielt.

Die vorliegende Beobachtungsskala für Empathie basiert vornehmlich auf dem „Measure of Expressed Empathy (MEE)“ von Watson (1999). Es wurde zur Erfassung von verbalem und nonverbalem Verhalten, Sprachcharakteristika und Antwortverhalten von Therapeuten auf Basis einer Literaturrecherche und verhaltensbezogenen Korrelaten von Empathie konzipiert (Watson & Prosser, 2002). Die Skala besteht aus neun Items: Sorge für den Klienten, Ausdruckskraft der Stimme, Erfassen der emotionalen Intensität des Klienten, Wärme, sich-einstellen, Verständnis für den kognitiven Bezugsrahmen des Klienten, Verständnis für die Emotionen des Klienten, sich-einfühlen können und sorgenvoller Ausdruck. Eine Beurteilung der Items sollte nach jeder fünfminütigen Sequenz auf einer neunstufigen Likert-Skala von nie (0) bis immer (8) erfolgen. Die Beobachtungsskala von Watson und Posser (2002) wies eine Intraklassenkorrelation von  $ICC = .51$  bis  $.85$  auf. 2014 entwickelten Decker et al. zur Auswertung von Audioaufnahmen die „Therapist Empathy Scale (TES)“. Die TES basiert ebenfalls auf dem MEE, was konkret bedeutet, dass acht von neun übernommen wurden. Lediglich das Item wurde ausgetauscht. Das Item, welches den Ausdruck des Therapeuten (visuell sichtbar) erfasst, wurde zu Gunsten eines Items, welches das Ausmaß der wertfreien Akzeptanz des Therapeuten gegenüber den Gefühlen des Patienten/ der Patientin, eliminiert. Die Beurteilung erfolgt auf einer siebenstufigen Likert-Skala von nie (1 bis immer (7) und wird ebenfalls in fünfminütigen Sequenzen empfohlen. Die Intraklassenkorrelation liegt bei  $ICC .87$ -.01 und eine interne Konsistenz von  $\alpha = .94$  konnte nachgewiesen werden.

Für die in dieser Untersuchung verwendete Empathieskala wurde das Measure of Expressed Empathy (Watson, 1999) vollständig übernommen. Aus der Therapist Empathy Scale (Decker, 2014) wurde ein zusätzliches Item integriert. Die Formulierung wurde nur

leicht dem entsprechend zu bewertenden Datenmaterial angepasst. Die Items der Ursprungsskalen wurden in die deutsche Sprache übersetzt und anschließend, um die Qualität der Übersetzung zu prüfen (Kallus, 2010), durch eine Person mit englischer Muttersprache rückübersetzt. Nach geteilter Durchsicht wurde die Übersetzung ohne Adjustierung verwendet. Die Items sind mit einer Kurzbeschreibung in Tabelle 3a/b abgetragen. Entsprechend der TES wurde siebenstufigen Likert-Skala verwendet, in der die Auftretenshäufigkeit des gezeigten empathischen Verhaltens von nie (0) bis immer (6) beurteilt werden sollte. Auch die Reihenfolge entspricht weiterstgehend dem Instrument „Therapist Empathy Scale“, mit dem Unterschied, dass das Item der dargestellten Sorge aus dem MEE an zweiter Stelle gesetzt wurde, was mit dem chronologischen Inhalt des Datenmaterials der hiesigen Studie begründet wird. Vom Beobachtungszeitraum in fünfminütigen Sequenzen, so wie es in den Basisinstrumenten vorgegeben wurde, wurde in hiesiger Untersuchung abgewichen. Bei den 20-minütigen Rollenspielsequenzen und der zeitgleichen Beurteilung der Therapeutenkompetenz wurde im Sinne der Ökonomie und Anwenderfreundlichkeit eine summative Empathiebewertung bevorzugt. In ersten Testdurchgängen der Ratingskala zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen einem Rating mit Aufteilung in vier Segmente, resultierend in vier Empathiewerten pro Item, und einer ganzheitlichen Rollenspielbewertung im Bereich der Empathie.

**Tabelle 3 a***Items der Empathie- Rating- Skala*

Item	Kurzbeschreibung
Stimmlicher Ausdruck von Sorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Therapeut schenkt dem Patienten seine Beachtung und folgt seinen Ausführungen aufmerksam</li> <li>· Therapeut vermittelt Interesse</li> <li>· Therapeut scheint mit dem Patienten eng verbunden</li> <li>· Stimme des Therapeuten enthält sanfte Resonanz und unterstreicht den besorgten Eindruck</li> </ul>
Nonverbaler Ausdruck von Sorge	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Therapeut schenkt dem Patienten seine Beachtung und folgt seinen Ausführungen aufmerksam</li> <li>· Therapeut vermittelt Interesse</li> <li>· Therapeut scheint mit dem Patienten eng verbunden</li> <li>· Therapeutischer Gesichtsausdruck und seine nonverbale Haltung sind gekennzeichnet durch Sorge</li> </ul>
Ausdrucksvolle Stimme	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Stimme des Therapeuten variiert in der Tonhöhe, sodass es sein Mitfühlen mit dem Patienten unterstreicht</li> <li>· Stimme des Therapeuten entspricht der Stimmung des Patienten</li> </ul>
Resonanz	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Therapeut zeigt affektive Resonanz auf die Gefühle des Patienten</li> <li>· Verbale und nonverbale Kommunikation des Therapeuten spiegelt den Zustand des Patienten wieder (z.B. Betonung von Wörtern, der eigenen Körpersprache)</li> </ul>
Wärme	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Freundliches und herzliches Auftreten seitens des Therapeuten</li> <li>· Therapeut unterstützt den Patienten in den Bemühungen sich auszudrücken</li> <li>· Therapeut ist wohlwollend und wertschätzend</li> </ul>
Sich einfühlen	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Therapeut fühlt sich in die innere Welt des Patienten (Gefühle, Wahrnehmung, Erinnerung, körperliche Empfindungen, zentrale Werte) ein</li> <li>· Nonverbale und verbale Anerkennung, wenn der Patient etwas seiner inneren Welt preisgibt</li> <li>· Validierung des Patienten</li> <li>· Therapeut signalisiert Unterstützung und Verständnis</li> <li>· Therapeut nimmt Gefühls- und Bedeutungsnuancen wahr, welche die inhaltlichen Aussagen des Patienten begleiten</li> </ul>



**Tabelle 3 b***Items der Empathie- Rating- Skala*

Item	Kurzeschreibung
Kognitives Verständnis	· Therapeut vermittelt Verständnis für den kognitiven Bezugsrahmen des Patienten in Reaktionen und Aussagen auf das vom Patienten Geäußerte
	· Achtsames Zuhören
	· Unmittelbare und präzise Spiegelung des Patienten
	· Therapeut ermuntert den Patienten, seine Perspektive darzulegen
	· Therapeut ist wert- und urteilsfrei
Emotionales Verständnis	· Therapeut vermittelt Verständnis für die Gefühle und die inneren Erfahrungen des Patienten
	· Einfühlsame und fürsorgliche Wertschätzung des Gefühlszustandes
	· Therapeut ermuntert den Patienten, seine Perspektive zu zeigen
	· Achtsames Zuhören
	· Unmittelbare und präzise Spiegelung der Gefühlswelt des Patienten, zum Beispiel mit Wörtern oder Metaphern
Akzeptanz	· Verdeutlicht dem Patienten seine emotionale Erfahrung
	· Akzeptanzvermittlung durch Validierung und Spiegelung
	· wertschätzende und urteilsfreie Art
	· Therapeut signalisiert seine bedingungslose Offenheit und seinen Respekt für den Patienten und dessen Gefühlswelt
	· Die therapeutische Haltung ist gekennzeichnet durch Authentizität/ Aufrichtigkeit
Sich einstellen	· Therapeut passt seine Reaktionen flexibel und fortlaufend an die verbale und nonverbale Kommunikation des Patienten

Die Ausbildung der Beobachter erfolgte im **Ratertraining**, in dem die Rater mit dem Manual und dessen Anwendung vertraut gemacht wurden. Bei den insgesamt vier Ratern handelte es sich um vier Psychologiestudentinnen aus Deutschland und der Schweiz. Zwei befanden sich im ersten Studienjahr, eine befand sich in der finalen Phase des Masterstudiengangs und eine befand sich im Promotionsstudiengang. Erfahrungen mit Ratingsystemen in der Verhaltensbeobachten waren bei allen nur sporadisch vorhanden. Mittels eines Probevideos, in dem ein Dozent der Universität Bern den Therapeuten mimt und

in dem die Rollenspielsequenz durchgespielt wird, wurde der Ablauf der Bewertung geübt. Unabhängig voneinander betrachteten die Rater das Probevideomaterial, beurteilten innerhalb der etwa 20-minütigen Sequenz sowohl Empathie als auch Therapeutenkompetenz und tauschten sich danach über ihre Bewertungen aus. Neben dem Ankreuzen entsprechender Items haben die Rater die Möglichkeit erhalten, sich Notizen zu den einzelnen Videos zu machen, sodass Ungereimtheiten und unterschiedliche Kodierungen anhand des erneuten Ansehens der Videosequenz und der getätigten Notizen ausdiskutiert werden konnten. Mit Rückgriff auf die Itemdefinition und die entsprechende Wertung im Manual wurde dann eine gemeinsame Entscheidung für das jeweilige Item gefunden und begründet. Das Ratertraining umfasste nach der ausführlichen Lektüre und Diskussion des Manuals und der Ratingskala drei etwa einstündige Trainingseinheiten mit dem Videomaterial pro Raterpaar. Nach einiger Zeit wurde eine zweite Raterschulung mit zufällig ausgewähltem Videomaterial aus der Studie durchgeführt. In diesen eineinhalb Tagen wurde erneut unabhängig voneinander bewertet. Dem folgte dann so, wie in der ersten Schulungseinheit die gemeinsame Diskussion der Beobachtungen anhand eigener Notizen und der Kodierungen innerhalb der Ratingskala. Nach der Steigerung der Beobachterübereinstimmung innerhalb der ersten Trainingseinheit, wurde in der Diskussion im zweiten Schulungsdurchlauf besonderer Fokus auf die Skalenpräzisierung der Items mit der geringsten Übereinstimmung gelegt. Es erfolgte eine Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug der Itemdefinition im Manual und mit Rückgriff auf konkrete Verhaltensbeispiele der Rater auf Basis eigener Erfahrungen oder dem Videomaterial.

Innerhalb der dritten und letzten Trainingseinheit wurden hintereinander fünf randomisiert gewählte Rollenspiele unabhängig von den Beobachtern angesehen und kodiert. Es zeigte sich eine exzellente Beurteilerübereinstimmung ( $\tau = 90$ ;  $\tau = 81$ ), welche die Güte

beider Instrumente belegte und die Rater als ausreichend qualifiziert für die Bewertung des Datenmaterials auswies.

#### ***4.2.2 Unsicherheitsfragebogen***

Der U-Fragebogen (Unsicherheitsfragebogen) von Ullrich de Muynck & Ullrich (1977) wurde im Anwendungsgebiet des Sozialen Kompetenztrainings entwickelt und erfasst Soziale Angst und Inkompetenz auf Basis von 65 Items. Jedes Item wird jeweils auf einer sechsstufigen Likertskala von „0; trifft nicht zu“ bis „5; trifft vollkommen zu“ beurteilt. Ausgewertet werden sechs Kategorien: Fehlschlag- und Kritikangst, Kontaktangst, Fordern können, Nicht-nein-sagen-können, Schuldgefühle und zuletzt Anständigkeit auf der Basis von Summenwerten der jeweils zugeordneten Items. Die internen Konsistenzen liegen zwischen  $\alpha=.91$  und  $\alpha=.95$ . Die Retestreliabilität ist im Manual zwischen  $\alpha=.71$  und  $\alpha=.83$  angegeben.

#### ***4.2.3 Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz***

Beim Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz (IMA-40) von Reis (1997) handelt es sich um ein Inventar, welches für 12 bis 84 jährige Personen einsetzbar ist. Normen liegen bei  $N=1.775$  differenziert nach Alter und Geschlecht vor. Es findet sowohl im klinischen als auch organisationspsychologischen und pädagogisch-psychologischen Bereich Anwendung. Anhand von 40 sechsstufigen Items von „1; trifft sehr zu“ bis „6; trifft gar nicht zu“, wird das Persönlichkeitskonstrukt Ambiguitätstoleranz erfasst, was definiert ist als Tendenz, Widersprüchlichkeiten, Inkonsistenzen oder mehrdeutige Informationslagen in ihrer Vielschichtigkeit wahrzunehmen und positiv zu bewerten. Das Verfahren unterscheidet fünf Faktoren: Ambiguitätstoleranz für unlösbar erscheinende Probleme, Ambiguitätstoleranz für soziale Konflikte, Ambiguitätstoleranz des Elternbildes, Ambiguitätstoleranz für Rollenstereotypen und Ambiguitätstoleranz für neue Erfahrungen. In der Auswertung werden die einzelnen Faktoren durch Summenwerte repräsentiert. Die Reliabilitätsmaße für die

einzelnen Bereiche bewegen sich zwischen  $\alpha = .74$  und  $\alpha = .86$ , für die Gesamtskala  $\alpha = .87$ .

#### ***4.2.4 Repertory Grid Technique***

Die Repertory Grid Technique (RGT), zu Deutsch der Rollen-Konstrukt- Repertoire-Test, ist ein differentialdiagnostisches Verfahren auf Basis der Theorie der persönlichen Konstrukte nach Kelly (1955). Kelly ging davon aus, dass ein Mensch seine Welt und sein Denken in Begriffen, Assoziationen und abstrakten Gebilden verarbeitet und speichert. Kognitive Komplexität definierte er als die Fähigkeit soziales Verhalten von Personen integrieren und differenzieren zu können. Diese Abstraktionen und Unterscheidungen bezeichnet er als Konstrukte, die in ihrer Menge wiederum ein Konstruktsystem bilden. Für die kognitive Komplexität ist die Menge an Konstrukten insofern wichtig, als davon auszugehen ist, dass eine Person die viele unterschiedliche Konstrukte verwendet, eine höhere kognitive Leistung im Sinne eines differenzierteren und anspruchsvolleren sozialen Denkens (kognitive Komplexität) aufbringen kann.

Zur Erfassung dieser Denkunterschiede zwischen Menschen wird laut Riemann (1991) ein Interview durchgeführt, bei dem der Proband sieben bis maximal zehn bedeutsame Elemente aus seinem Leben aufzählt und mittels dichotomer Beschreibungen, Gemeinsamkeiten und Kontraste zwischen den Elementen herausarbeitet. Der hier verwendete Interviewleitfaden mit dem dazugehörigen Protokollbogen befinden sich in Anhang 3. Zwei der Elemente sind bereits vorgegeben „selbst“ und „idealselbst“, da in der Theorie davon ausgegangen wird, dass das Individuum seine Erfahrungen mit den externen Elementen stets in seinen Erfahrungsschatz integriert und mit seinem idealen Selbstbild in Beziehung setzt. Im hiesigen Fall wurden zusätzlich zu den vorgegebenen Elementen, bedeutsame Menschen aus dem Sozialbereich der Probanden erfragt (Partner, Familie, Freunde, Kollegen, jemand, den man nicht mag). Im ersten Schritt werden zwei Personen betrachtet und Gemeinsamkeiten und

Kontraste werden erfragt. Ein dichotomes Paar bildet ein Konstrukt. Sind die Konstrukte zu diesem Personenpaar ausgeschöpft, so werden weitere Konstrukte zu anderen Personenkonstellationen gebildet. Bis zu 20 Konstrukte können gebildet werden. Ist diese erste Phase des Gitterverfahrens abgeschlossen, werden alle Elemente beziehungsweise alle aufgeführten Personen in allen Konstrukten mittels einer siebenstufigen Likert-Skala bewertet. Mit zunehmenden Konstrukten und zunehmender Anzahl an Elementen, nimmt das Interview und das Konstruktgitter an Komplexität zu, was eine höhere gedankliche Strukturiertheit, Flexibilität und Komplexität des Probanden erfordert.

Für die Auswertung ist somit entscheidend, dass die Unterschiedlichkeit und Menge von Begrifflichkeiten Einblick in die individuelle kognitive Verarbeitung auf Basis der Erfahrung und Semantik des Individuums geben kann. Für die kognitive Komplexität hier ist die Varianzaufklärung auf dem ersten Faktor („Selbst“ und „Idealselbst“) entscheidend, da sämtliche Elemente und Konstrukte mindestens in diesem dualen Vergleich festgehalten werden, welche mit dem Programm „RECORD“ der Universität von Barcelona ausgewertet werden können.

#### ***4.2.5 Magdeburger Testbatterie zur sozialen Intelligenz (Teilversion)***

Die Magdeburger Testbatterie zur sozialen Intelligenz (MTSI) wurde von Süß et al. (2008) entwickelt und erfasst die Teilbereiche soziales Gedächtnis, soziale Wahrnehmung und soziales Verständnis. Das soziale Gedächtnis wird mittels eines Speedtests erfasst bei dem den Probanden soziale Stimuli präsentiert werden, welche sie nach einiger Zeit detailliert erinnern sollen. Die Antwortzeiten sind begrenzt und werden neben der Korrektheit in die Auswertung einbezogen.

Soziales Verständnis ist definiert als die Fähigkeit einer Person, soziale Informationen vor dem Hintergrund einer Situation korrekt zu verstehen und deren Implikation korrekt

schlussfolgern beziehungsweise interpretieren zu können (Weis et al., 2014). So ist soziales Verständnis beispielsweise bei Rollenübernahmen, dem kognitiven Aspekt von Empathie und sozialer Urteilsbildung wichtig. Im Gegensatz zu älteren diagnostischen Tests, werden im MTSI reale im sozialen Kontext eingebundene Situationen genutzt, in denen der Proband eine soziale Einschätzung abgeben muss. In vier unterschiedlichen Szenarien, in denen jeweils eine andere Person im Zentrum des Geschehens ist, soll der Proband die Emotionen, Kognitionen, Absichten, Persönlichkeitsmerkmale und zwischenmenschlichen Beziehungen der Zielperson korrekt einschätzen. Zur Bewertung der dem Probanden gezeigten Bilder, Schriften, Tonaufzeichnungen sowie Videoaufzeichnungen liegen Antwortmöglichkeiten auf unterschiedlichen Skalen vor. Zur Auswertung des sozialen Verständnisses wird das *target-scoring* verwendet, was bedeutet, dass die Zielperson selbst vorgibt, was die korrekte Antwort darstellt. Der Wert für soziales Verständnis berechnet sich letztlich aus der Summe der quadrierten Differenzen zwischen dem Antwortwert des Probanden und dem Wert der Zielperson. Je geringer dieser Wert ausfällt, desto besser ist das soziale Verständnis des Probanden.

Soziale Wahrnehmung und Soziales Verständnis werden laut Weiß et al. (2014) oftmals fälschlicherweise synonym verwendet. In der MTSI betont Süß aber den Unterschied dieser beiden Konstrukte in der Ausrichtung der Aufgaben. Wohingegen im Falle des sozialen Verständnisses die kognitive Komponente und das schlussfolgernde Denken in sozialen Situationen eine wichtige Rolle spielt, entfällt diese völlig im Bezug auf soziale Wahrnehmung. Unter sozialer Wahrnehmung versteht die Forschergruppe um Süß et al. (2008) die Fähigkeit soziale Hinweisreize zu erkennen. Die reaktive Komponente ist hier unerheblich. Im MTSI wird soziale Wahrnehmung durch eine Reaktionszeitsaufgabe erfasst. Dem Testteilnehmer werden *targets* in Form von 30 verschiedenen Audiosignalen, jeweils zehn in insgesamt drei Blöcken, dargeboten, auf welche er in der anschließend folgenden

Aufgabe schnellstmöglich reagieren soll. Im ersten Block sollen die Teilnehmer entscheiden, ob der Reiz das Gesprochene der Targetperson emotional oder neutral ist. Im zweiten Block soll dann zwischen positiv und negativ und im letzten Block zwischen ärgerlich und ironisch unterschieden werden. Wird der soziale Reiz schnell und korrekt wahrgenommen, so wird die soziale Wahrnehmung aus hoch ausgeprägt interpretiert. Auskunft hierüber gibt ein *combi-score* aus Schnelligkeit und Korrektheit der Antwort. Konkrete Vergleichsnormen sind nicht vorhanden. Verglichen wird am jeweiligen Gruppenmittelwert.

#### **4.2.6 NEO-Fünf-Faktoren-Inventar**

Der NEO-PI-R von Ostendorf und Angleitner (2004) ist die revidierte Fassung des NEO-Fünf-Faktoren-Inventars (NEO-FFI) von Costa und McCrae (1992). Das Inventar basiert auf dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit, was Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit als grundlegende Persönlichkeitsdimensionen annimmt. Diese Eigenschaften wurden nach dem lexikographischen Ansatz in der Bewertung und Analyse von Persönlichkeitsbeschreibungen aus Selbst- und Bekanntenbeurteilungen herausgearbeitet und mittels zahlreicher faktorenanalytischer Studien als robust verifiziert (Andresen & Beauducel, 2008). Die „Big Five“ sind jeweils durch sechs Subskalen repräsentiert, welche die Autoren als Facetten bezeichnen (Tab. 4). Sowohl die Hauptskalen, als auch die Facetten werden durch Summenwerte dargestellt. Mittels 240 Items auf jeweils einer, fünfstufigen bipolaren Skala werden die einzelnen Dimensionen und Facetten von „-2; keine Ablehnung“ bis „+2; starke Zustimmung“ erfasst.

**Tabelle 4***Big Five und ihre Facetten*

Big Five	Facetten der Big Five	Big Five	Facetten der Big Five
Neurotizismus	Ängstlichkeit	Verträglichkeit	Vertrauen
	Reizbarkeit		Freimütigkeit
	Depression		Altruismus
	Soziale Befangenheit		Entgegenkommen
	Impulsivität		Bescheidenheit
	Verletzlichkeit		Gutherzigkeit
Extraversion	Herzlichkeit	Gewissenhaftigkeit	Kompetenz
	Geselligkeit		Ordnungsliebe
	Durchsetzungsfähigkeit		Pflichtbewusstsein
	Aktivität		Leistungsstreben
	Erlebnissuche		Selbstdisziplin
	Positive Emotionen		Besonnenheit
Offenheit für Erfahrung	Offenheit für Fantasie		
	Offenheit für Ästhetik		
	Offenheit für Gefühle		
	Offenheit für Handlungen		
	Offenheit für Ideen		
	Offenheit für Werte und Normsysteme		

Der NEO-PI-R wird beispielsweise zur individuellen Persönlichkeitsprofilierung und -beschreibung sowie zur Identifikation interindividueller Persönlichkeitsunterschiede in der Forschung, in der klinischen Psychologie sowie auch in der Arbeits- und Organisationspsychologie verwendet. Es gibt eine Selbsturteilungsversion und einen Fremdbeurteilungsbogen. Die internen Konsistenzen der Faktoren liegen zwischen  $\alpha = .87$  und  $\alpha = .92$ . Die einzelnen Facetten variieren in ihrer internen Konsistenz zwischen  $\alpha = .53$  und  $\alpha = .85$ . Ab 16 Jahren liegen Normwerte im Sinne von T-, Stanine-, und Prozentrangwerten für die Hauptskalen und die einzelnen Facetten vor (N=11.724). Die Normen sind alters- und geschlechtsspezifisch gegliedert.



#### ***4.2.7 Persönlichkeits- Stil und -Störungs-Inventar***

Das Persönlichkeits- Stil und -Störungs-Inventar (PSSI) nach Kuhl und Kazén (1997) geht davon aus, dass es zu jeder im DSM IV und ICD-10 aufgeführten Persönlichkeitsstörung eine nicht-pathologische Entsprechung gibt, welche als Persönlichkeitsstil erfasst werden kann. Entsprechend dieser Annahme gibt es 14 Skalen auf Basis von Summenwerten, welche mittels 140 Items erfasst werden. Die Skalen lauten: PN (eigenwillig-paranoid), SZ (zurückhaltend-schizoid), ST (ahnungsvoll-schizotypisch), BL (spontan-borderline), HI (liebenswert-histrionisch), NA (ehrgeizig-narzisstisch), SU (selbstkritisch-selbstunsicher), AB (loyal-abhängig), ZW (sorgfältig-zwanghaft), NT (kri-tisch-negativistisch), DP(still-depressiv), SL (hilfsbereit-selbstlos), RH (optimistisch-rhapsodisch) und AS (selbstbehauptend-antisozial). Interne Konsistenzen werden zwischen  $\alpha = .73$  und  $\alpha = .85$  beschrieben. T- und Prozentrangwerte liegen alters- und geschlechtsspezifisch vor (N=673).

#### ***4.2.8 Fragebogen zur Präferenz für Intuition und Deliberation***

Der Fragebogen zur Präferenz für Intuition und Deliberation (PID) von Betsch (2004) basiert auf der Annahme, dass sich Personen darin unterscheiden, ob sie bevorzugt intuitiv oder reflektiv entscheiden (Epstein et al., 1996). Im PID wird Intuition nicht als ein rein affektiver Modus, während Deliberation als reflektiver, kognitionsbasierter Modus verstanden wird. Mittels insgesamt 18 Items werden jeweils auf einer fünfstufigen Skala von „1; stimme nicht zu“ bis „5; stimme voll zu“ die Entscheidungstendenzen der Probanden erfasst, um zwei unabhängige Skalen zu generieren; einen Mittelwert für Deliberation und einen Mittelwert für Intuition.

#### ***4.2.9 Social Desirability Scale***

Zur Erhebung sozialer Erwünschtheit wurde die Social Desirability Scale (SDS-CM) von Lück & Timaeus (2014) genutzt. Sie basiert auf der ursprünglichen Skala von Crowne und Marlowe (1960) und wird verwendet, um die Tendenz der Probanden zu erfassen, Antworten

zu geben, welche auf die Zustimmung oder positive Reaktion anderer abzielen. Bei der Skala handelt es sich um ein vollstandardisiertes Instrument zur Kontrolle von möglichen Verfälschungstendenzen auf Basis von sozialer Erwünschtheit in Fragebogenverfahren. Die Skala beinhaltet 23 Items, welche jeweils mit „richtig“ oder „falsch“ beantwortet werden sollen. Die Split-half-Reliabilität variiert zwischen .63 bis .77.

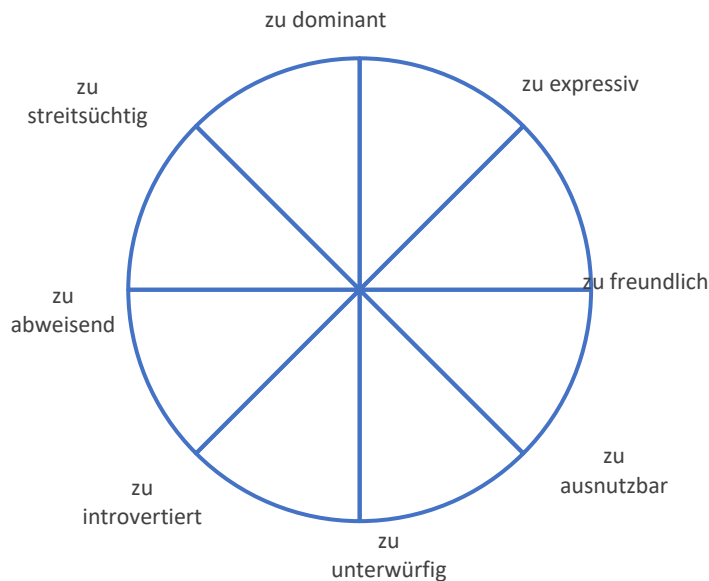
#### ***4.2.10 Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme***

Das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-64) von Horowitz, Strauß und Kordy (2000) wurde auf Basis der interpersonalen Theorie von H.S. Sullivan (1953) und dem Circumplex-Modell von Leary (1957) entwickelt. Sullivan betrachtete die menschliche Persönlichkeit als eine sich stets in Entwicklung befindliche Prägung von sozialer Interaktionen. Er ging davon aus, dass primäre Beziehungsmuster in der Kindheit geprägt werden und sich daraus Interaktionsstile und „*Dynamismen*“ (S.10.) ableiten lassen, welche zueinander in Beziehung stehen. Sullivan betonte den soziokulturellen und kommunikativ-interaktionellen Anteil der Persönlichkeitsentwicklung. Leary (1957) stellte in seinem Circumplex-Modell Verhaltensdimensionen anhand der horizontalen Achse Zuneigung und der vertikalen Achse Dominanz oder auch Kontrolle gegenüber.

Aus der kreisförmigen Darstellung resultierten Quadranten zwischen dominant und freundlich, zwischen freundlich und unterwürfig, zwischen unterwürfig und abwesend sowie zwischen abweisend und dominant. Jeder Circumplex-Quadrant beschreibt ein Mischverhältnis aus den jeweiligen Endpolextremen der Dimensionen und liefern Deskriptoren von interpersonalem Problemverhalten beschrieben. Detaillierter wird die Beschreibung, teilt man die Quadranten in die meist verwendeten Oktanten, wie sie in der Abbildung 7 zu sehen sind. Anhand dieser acht Verhaltensbereiche wurden die acht Skalen des IIP-64 konzipiert.

## Abbildung 7

Basis des IIP-64: Dimensionen des Circumplex-Modells nach Leary (1957)



Das IIP-64 ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 64 fünfstufigen Items, von „0; nicht“ bis „4; sehr“, zur Erfassung interpersonaler Eigenschaften anhand interpersonaler Probleme der jeweiligen Personen. Dabei gehen die Autoren Horowitz et al. (2000) davon aus, dass diese interpersonalen Probleme zeitlich stabil, konsistent und relativ invariant sind. Die erste Skala des IIP-64 erfasst entsprechend des vorausgehend beschriebenen Modells „zu autokratisch/ dominant“, welche interpersonale Probleme (z.B. Manipulations-tendenzen), einen starken Kontrolldrang sowie ein starke Unabhängigkeitsbedürfnis erfasst. Die Skale „zu streitsüchtig/konkurrierend“ misst Misstrauen gegenüber anderen Personen sowie empfundene Rachegefühle. Die Skala „zu abweisend/kalt“ bildet die Schwierigkeit des Probanden ab, Mitgefühl oder andere Empfindungen auszudrücken und zu empfinden sowie Beziehungen stabil zu erhalten. Die nächste Skala „zu introvertiert/ sozial vermeidend“ umfasst die Verhaltensdimensionen um soziale Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit. Die nunmehr fünfte Skala „zu selbstunsicher/ unterwürfig“ befasst sich mit Schwierigkeiten, sich selbst in sozialen Situationen durchzusetzen, während die sechste Skala „zu ausnutzbar/ nachgiebig“ die Problematik einer Person erfasst, Wut auszudrücken, sich ausnutzen zu lassen

sowie ein stabiles Vertrauensbedürfnis aufzubauen. Die folgende Skala „zu fürsorglich/freundlich“ spiegelt das starke Bestreben der Person wieder, sich zu sehr um andere zu bemühen und zu sehr zu vertrauen, sodass diese Person dazu tendieren könnte, sich selbst aufzuopfern. Die letzte der acht Skalen „zu expressiv/ aufdringlich“ bildet die Suche nach Aufmerksamkeit und das Maß, an aufdringlichem und grenzüberschreitenden Verhalten einer Person sowie deren Unfähigkeit allein zu sein ab. Die Test-Retest-Reliabilitäten (acht Wochen) der Skalen des IIP-64 rangieren zwischen .81 bis .90 Die interne Konsistenz des IIP wurde mit .98 sichergestellt (Horowitz et al., 2000). Das IIP-64 kann zur indirekten Veränderungsmessung eingesetzt werden.

Dem Manual entsprechend lassen sich Rohwerte zu jeder Skala bilden, die dann als gemittelte Summe den Gesamtwert ergeben. In der vorliegenden Arbeit werden die konkreten Skalenwerte des IIP genutzt. Es lassen sich aber auch ipsative Skalenwerte ermitteln. Diese individuellen Standardwerte entstehen, wenn die Rohwerte der Skalen in Bezug auf den Gesamtwert betrachtet werden. Hierzu wird von einem Skalenrohwert der IIP-Gesamtwert abgezogen. Eine weitere Möglichkeit die Werte des IIP zu interpretieren führt über die strukturellen Eigenschaften oder auch Quadrantenwerte. Sie beschreiben, mit welchem Wert ein Proband im jeweiligen Quadranten platziert werden kann.

#### ***4.2.11 Brief Symptom Inventory***

Das Brief Symptom Inventory (BSI) von Franke (2000) stellt eine Kurzversion des SCL-90-R von Derogatis,(1977) dar. Die SCL-90-R ist ein störungsübergreifendes Selbstbeurteilungsverfahren mit insgesamt 90 Items in denen die Patienten auf einer jeweils fünfstufigen Skala von „0; überhaupt nicht“ bis „4; sehr stark“ beschreiben sollen, wie sehr ein Symptom sie innerhalb der letzten sieben Tage belastet hat. In der Auswertung ergeben sich insgesamt neun Skalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides

Denken und Psychotizismus (Franke, 1995). Für die jeweiligen Skalenrohwerte liegen im Falle des SCL-90 T-Werte vor. Außerdem lassen sich drei global Indices ermitteln: den global severity index (GSI), den positive symptom distress index (PSDI) und den positive symptom total (PST), welche ebenfalls in T- und in Rohwerten angegeben werden können. Der GSI gibt die grundsätzliche psychische Belastung an und setzt sich als Summe der Summenwerte der anderen Subskalen geteilt durch die Anzahl beantworteter Fragen zusammen (interne Konsistenz von  $\alpha = .96$ ). Der PSDI gibt die Intensität des Leidensdrucks an während der PST die Anzahl belastender Symptome aufzeigt.

Im BSI, der Kurzversion des eben beschriebenen SCL-90-R befinden sich jeweils die fünf bis sechs Items, welche am höchsten auf den jeweiligen Skalenfaktoren laden. Mit Hinblick auf die Reduktion der Bearbeitungszeit lediglich 53, anstatt der ursprünglichen 90 Items bearbeitet. Die Antwortskala entspricht der des SCL-90-R. Die Subskalenwerte sind aber entgegen des SCL-90 keine T-Werte, sondern errechnete Mittelwerte aus den skalenspezifischen Items. Die interne Konsistenz des GSI im BSI liegt bei  $\alpha = .97$ . Die Subskalen weisen laut Autoren ebenfalls gute interne Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) auf. Normwerte liegen altersspezifisch sowie geschlechtsspezifisch anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von N=2025 vor.

#### ***4.2.12 Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (Kurzversion)***

Der Fragebogen zur Ressourcenselbsteinschätzung (RES-K) wurde Brunner (2004) im Rahmen einer Lizentiatarbeit auf Basis des Berner Ressourceninventars (RES) von Trösken (2002) entwickelt. Der ursprüngliche Fragebogen von Trösken basiert auf der Konsistenztheorie nach Grawe (1994) und umfasst 118 siebenstufige Items von „0; nie“ bis „6; sehr häufig“. Es existiert eine Fremdeinschätzung sowie ein Selbstauskunftsbogen mit jeweils acht auf dem Mittelwert der zugehörigen Items basierenden Subskalen. Die Subskalen sind Wohlbefinden, Selbstwerterleben, Stärken und Fähigkeiten, Sinnfindung, Soziale

Unterstützung im Alltag, Krisenbewältigung, aktuelle Stressbewältigung und nahe Beziehungen. Aus den Subskalen lässt sich ein Gesamtmittelwert bilden. Es wurde eine Version mit neun Subskalen ergänzt, wobei die neunte Skala positiv erinnerte Bindungserlebnisse in der Kindheit beschreiben soll. Der Proband oder der Patient wird gebeten die Items jeweils für die entsprechende Skalenkategorie zu beantworten, wobei die Anzahl der Items je Subskala variiert. Der Fragebogen erfasst die gegenwärtige Ressourcenrealisierung. Die Kurzversion wurde entwickelt, um die Bearbeitungszeit des Fragebogens reduzieren zu können und ihn somit universell einsetzbarer zu machen, aber Cronbachs Alpha weiterhin stabil hochzuhalten.

In den nun 33 Items des RES-K wurden die bisher benannten theoretischen Subskalen des RES ergänzt um vier Sekundärfaktoren, welche in der Mittelwertberechnung des Gesamtwertes ebenso berücksichtigt werden, wie die anderen Subskalen. Diese Skalen sind Leistungserleben, Selbstfürsorge, aktuelle Bindung und emotionales Coping und erweitern die Subskalenanzahl trotz gekürzter Itemmenge auf 13 Fragestellungen auf jeweils einer siebenstufigen Likertskala („0; nie“ bis „6; sehr häufig“) inklusive Gesamtwert. Es bestehen Normen im Sinne von Vergleichsmittelwerten (N=285). Der Fragebogen befindet sich in Angang 14.

#### ***4.2.13 Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata***

Der Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata, im Folgenden FAMOS genannt, wurde von Grosse Holtforth und Grawe (2002) entwickelt. Die theoretische Basis des Instruments stellt die Konsistenztheorie von Grawe (1998) dar, welche bereits zuvor erläutert wurde. Es liegt eine Version für Therapeuten zur Fremdbeschreibung des Patienten beziehungsweise der Patientin und eine Version für Patienten zur Selbstbeschreibung vor. Im Folgenden wird nur auf die Selbstbeschreibung eingegangen.

Der Fragebogen besteht aus 94 Items innerhalb von zwei unterschiedlichen Frageteilen und erfasst auf 25 Skalen Annäherungs- und Vermeidungs-motive der jeweiligen Person im Vergleich zu den jeweiligen Normwerten. Im ersten Teil des Fragebogens beantworten die Probanden, wie wichtig ihnen ein bestimmter Sachverhalt oder ein bestimmtes Motiv in ihrem Leben ist auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht wichtig“ bis „außerordentlich wichtig“. Im zweiten Teil hingegen werden Motive oder Sachverhalte auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht schlimm“ bis „außerordentlich schlimm“ bewertet. Insgesamt werden dann in der Auswertung aus den vorhandenen Items 14 Skalen gebildet, die Annäherungsziele einer Person abbilden und neun Skalen analysiert, welche die Vermeidungsziele beschreiben. Die drei übrigen Skalen stellen Summenwerte der Annäherungs- und Vermeidungsmotivation dar sowie eine Beschreibung des Verhältnisses von Annäherungsmotivation zu Vermeidungsmotivation im Vergleich zu den Normwerten. Die Subskalen des Famos sind in Tabelle 5 näher ausgeführt.

**Tabelle 5***Subskalen des INK und Subskalen des FAMOS*

Inventar	Subskala Annäherung	Subskala Vermeidung
FAMOS INK	1 Intimität/ Bindung	15 Alleinsein/ Trennung
FAMOS INK	2 Geselligkeit	16 Geringschätzung
FAMOS INK	3 Anderen helfen	17 Erniedrigung
FAMOS INK	4 Hilfe bekommen	18 Vorwürfe/ Kritik
FAMOS INK	5 Anerkennung	19 Abhängigkeit/ Autonomieverlust
FAMOS INK	6 Überlegensein/ Imponieren	20 Spannungen mit anderen
FAMOS INK	7 Autonomie	21 sich verletzbar machen
FAMOS INK	8 Leistung	22 Hilflosigkeit/ Ohnmacht
FAMOS INK	9 Kontrolle haben	23 Versagen
FAMOS INK	10 Bildung/ Verstehen	
FAMOS INK	11 Glauben/ Sinn	
FAMOS INK	12 Leben auskosten	
FAMOS INK	13 Selbstvertrauen/ Selbstwert	1
FAMOS INK	14 Selbstbelohnung	
FAMOS INK	24 Inkongruenz/ Annäherungsziele	25 Inkongruenz Vermei- dungsziele
FAMOS INK	26 Inkongruenz gesamt	

Die Interpretation der Kennwerte erfolgt im Sinne des öffentlichen Selbstbildes einer Person in Bezug auf eigene Motive. Dementsprechend sind die Werte mit einer subjektiven Einfärbung der Probanden zu betrachten; sie geben nicht das wieder, was Grawe (Grawe et al., 1994) als „regulierendes Selbst“ bezeichnet, also wie eine Person unter Einfluss impliziter Motive „wirklich“ funktioniert. Bezüglich der Interpretationsstrategien ist anzuführen, dass zum einen eine interindividuelle und eine intraindividuelle Betrachtung der



Skalenwerte erfolgen kann. Die unterschiedlichen Motive einer Person können untereinander in Beziehung gesetzt werden oder in Bezug auf die Vergleichswerte der Normbevölkerung betrachtet werden. Die interne Konsistenz wurde für unterschiedliche Bezugsgruppen errechnet. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen im Bereich der Annäherungsziele liegt bei Normalpersonen (N=316) zwischen  $\alpha=.64$  und  $\alpha=.84$ . Bei ambulanten Psychotherapiepatienten (N=248) werden Werte zwischen  $\alpha=.59$  und  $\alpha=.90$  berichtet und bei Psychologiestudenten (N=133) werden Werte zwischen  $\alpha=.62$  und  $\alpha=.90$  angegeben. Im Bereich der Vermeidungsziele liegen die Reliabilitätswerte für Normalpersonen (N=316) zwischen  $\alpha=.61$  und  $\alpha=.81$ . Für Psychologiestudenten (N=133) sind Werte zwischen  $\alpha=.53$  und  $\alpha=.82$  ausgewiesen. Der Fragebogen wies für ambulante Psychotherapiepatienten (N=248) bei Vermeidungszielen eine interne Konsistenz zwischen  $\alpha=.63$  und  $\alpha=.85$  aus.

#### ***4.2.14 Inkongruenzfragebogen***

Der Inkongruenzfragebogen, im Folgenden als INK bezeichnet, wurde von grosse Holforth, Grawe und Tamcan (2004a) entwickelt. Er ist im engen Verbund mit der Nutzung des Famos zu betrachten und wurde entwickelt, um zu erfassen, wie es den Probanden aus ihrer Sicht gelingt, motivationale Ziele oder Schemata umzusetzen. Empfinden sie die Umsetzung in ihrem Alltag als unzureichend, so besteht Inkongruenz zwischen motivationalen Schemata und tatsächlichem Erleben und Verhalten. Die Zielebenen sind mit den Motiven, welche durch den FAMOS erfasst werden, identisch, sodass auch der Item- und Skalenaufbau identisch gestaltet ist, mit der Ausnahme, dass der INK insgesamt 26 Subskalen umfasst. Mit 94 Items wird Inkongruenz auf Ebene der Annäherungsziele in 14 konkreten Skalen und auf Ebene der Vermeidungsziele aus neun Motivskalen erfasst (Tab.5). In drei kumulativen Skalen werden zum einen das Inkongruenzerleben in Annäherungs-, das Inkongruenzerleben in Vermeidungszielen und der Gesamtwert der empfundenen

Inkongruenz des Probanden abgebildet. Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ beziehungsweise „viel zu wenig“ bis „trifft sehr stark zu“ beziehungsweise „völlig ausreichend“ bewertet.

Die interne Konsistenz wurde für unterschiedliche Bezugsgruppen errechnet. Für die vorliegende Untersuchung sind wohl die Werte von Normalpersonen, Studenten und ambulanten Psychotherapiestudenten relevant. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen im Bereich der Inkongruenz für Annäherungsziele liegt bei Normalpersonen (N=247) zwischen  $\alpha=.71$  und  $\alpha=.89$ . Bei ambulanten Psychotherapiepatienten (N=155) werden Werte zwischen  $\alpha=.65$  und  $\alpha=.92$  berichtet und bei Studenten (80) werden Werte zwischen  $\alpha=.62$  und  $\alpha=.92$  angegeben. Im Bereich der Inkongruenz für Vermeidungsziele liegen die Reliabilitätswerte für Normalpersonen (N=247) zwischen  $\alpha=.57$  und  $\alpha=.88$ . Für Studenten (N=80) sind Werte zwischen  $\alpha=.70$  und  $\alpha=.88$  ausgewiesen. Der Fragebogen wies für ambulante Psychotherapiepatienten (N=155) bei Vermeidungszielen eine interne Konsistenz zwischen  $\alpha=.51$  und  $\alpha=.90$  aus.

#### ***4.2.15 Berner Fragebogen zum Wohlbefinden***

Der Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (BFW) von Grob et al. (1991) in der Form für Erwachsene (BFWE) stellt eine Adaption der Fragebogens für Jugendliche dar (BFWJ). Er ermöglicht eine reliable und valide Erfassung unterschiedlicher Kategorien subjektiven Wohlbefindens, wobei Wohlbefinden definiert ist als Kompensation von bestehenden Stressoren durch Ressourcen zum adäquaten Umgang mit physischen, psychischen und sozialen Anforderungen. Bestehen diese Ressourcen nicht, so erlebt die Person die Auswirkungen ihrer Lebensbelastungen und somit reduziertes Wohlbefinden. Die Selbstauskunft besteht aus 39 Items zum biopsychologischen Wohlbefinden, welche in vier separaten Kategorien dargestellt. Innerhalb der ersten Kategorie wird erfragt, wie der Ist-Zustand und die globale Zukunftsperspektive von der Person, welche den Bogen bearbeitet,

eingeschätzt wird. Zur Beantwortung stehen pro Item eine sechsstufige Antwortskala von „1; ist total falsch“ bis „6; ist total richtig“ zur Verfügung. In der nächsten Kategorie werden die letzten paar Wochen beleuchtet. Auf einer sechsstufigen Antwortskala von „1; keine Sorgen“ bis „6; große Sorgen“ sollen die sorgenbesetzten Themenbereiche erfasst werden, Dem folgt die Häufigkeitserfassung negativer körperlicher Symptome auf einer vierstufigen Skala von „1; häufig“ bis „4; nein“ sowie die Erfassung negative psychischer Symptome auf einer sechsstufigen Skala von „1; ist total falsch“ bis „6; ist total richtig“. Abschließend werden Ressourcen in Form von Glücksgefühlen oder Erfolgen innerhalb der letzten Wochen auf einer vierstufigen Skala von „1; häufig“ bis „4; nein“ erhoben. Aus den insgesamt 39 Items lassen sich auf Basis einer Faktorenanalyse ermittelte sechs Skalen erster Ordnung und zwei Skalen zweiter Ordnung berechnen. Die Skalen spiegeln den jeweiligen Mittelwert der zugeordneten Items wieder. Die Koeffizienten für die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) der Skalen erster Ordnung liegen zwischen  $\alpha = .60$  und  $\alpha = .87$ . Die Skalen zweiter Ordnung weisen Werte zwischen  $\alpha = .61$  und  $\alpha = .78$  auf.

#### ***4.2.16 Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (Kurzversion)***

Der Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (VLB) von Itten (2004) basiert auf dem Veränderungsprozessbogen (VBP) von Grawe (1982). Er ist ein direktes Messmittel zur Erfassung psychotherapeutischer Effekte auf die Zufriedenheit der Patienten in konkreten Lebensbereichen und erfasst zudem die Veränderungsattribution der Patienten in unterschiedlichen Lebensbereichen. Er dient dazu die Prozessforschung mit dem Outcome zu verbinden und so ein differenzierteres Bild auf die Veränderung innerhalb der Lebensbereiche während und nach einer Psychotherapie zu erhalten (Itten, 2004).

In der hier verwendeten Kurzversion werden 14 Items aufgeführt. Auf 12 neunstufigen bipolaren Items von „-4; sehr stark verschlechtert“ bis „+4; sehr stark verbessert“ wird die Veränderung der Zufriedenheit der Patienten in folgenden Lebensbereichen erfasst:

Familienangehörige (allgemein), Vater, Mutter, fester Partner, Kinder, andere enge Beziehungen, allgemeiner Kontakt und Umgang, Beruf, Freizeit, Zufriedenheit mit der Therapie, allgemeine Stimmung, Zukunftserwartungen.

Keine Veränderung wird mit „0“ gekennzeichnet. Zwei Items erfassen zweidimensional mit „ja“ oder „nein“ den Beziehungsstatus (Partnerschaft oder ledig) und das Vorhandensein eigener Kinder. Auf den letzten zwei der insgesamt 16 Items werden auf einer sechsstufigen Skala von „1; hauptsächlich auf mich selbst“ bis „5; hauptsächlich auf meine Umgebung“ die Verortung der Zufriedenheitsveränderung erhoben. „6“ stellt eine neutrale „ich weiß nicht“-Kodierung dar. In der Auswertung erfolgt eine Mittelwert-betrachtung auf fünf Subskalen: Herkunftsfamilie, heutige Familie, weiteres soziales Umfeld, Attribution Familie und Attribution soziales Umfeld. Die internen Konsistenzen liegen zwischen  $\alpha = .63$  und  $\alpha = .84$ .

#### ***4.2.17 Goal-Attainment Scaling***

In der vorliegenden Studie wurde das Goal-Attainment Scaling (GAS) in Anlehnung an Kiresuk et al. (1994) verwendet. Die Patienten und Patientinnen sollten während der probatorischen Sitzungen Problemstellungen mit dem jeweiligen Therapeuten oder der jeweiligen Therapeutin herausarbeiten, an welchen sie im Therapieprozess arbeiten wollen. Im Therapieverlauf sollte nach jeder Stunde auf einer 13-stufigen Skala von „-2“ bis „+4“ eingeschätzt werden, inwieweit sich das Problem verändert hat. „0“ bedeutete „keine Veränderung“, „-2“ eine „große Verschlechterung“ und „+4“ eine „vollkommene Zielerreichung“. Bis zu fünf therapeutische Problemstellungen pro Patient, gingen mit ihrem Mittelwert in die Auswertung ein. Wittchen und Hoyer (2006) beschreiben ein vergleichbares Vorgehen.

Die Therapeuten waren angehalten, die Zielerreichungsskala in drei Schritten mit den Patienten zu konzipieren. Zunächst sollen die Lebens- und Verhaltensbereiche mit Hilfe einer Ziel- und Problemanalyse herausgearbeitet werden, in denen therapeutische Unterstützung notwendig war. Diese Problembereiche sowie die jeweiligen Veränderungswünsche sollten dann möglichst verhaltensnah und konkret beschrieben werden. Im zweiten Schritt sollte eine Operationalisierung entsprechend eines Items in der Zielerreichungsskala erfolgen. Dies bedeutet, dass die gewünschten Verhaltensveränderungen, Bewältigungsprozesse und Zielzustände konkret entsprechend einer mehrstufigen Skala (hier 13-stufig) erfasst werden sollten. Im nächsten Schritt wurde die erarbeitete GAS für alle fünf Problemstellungen nach jeder Stunde ausgefüllt, um den Entwicklungsprozess des Patienten im Sinne der Annäherung an seine Zielzustände nachvollziehen und direkt mit der jeweiligen Sitzung beziehungsweise der jeweiligen Intervention in Verbindung bringen zu können.

Bezüglich der GAS ist anzumerken, es sich um ein höchst individualisiertes Verfahren handelt, was nahezu keine interindividuellen Vergleiche zulässt, da beispielsweise Problemdefinitionen, -anzahl und indikatoren sehr unterschiedlich sein können (Krampen, 2010).

#### ***4.2.18 Stundenbogen StB2000 Therapeut und Patient***

Der Stundenbogen StB2000 in der Version für Patienten (PSTB2000) und in der Version für Therapeuten (TSTB2000) wurde von Flückiger et al. (2010) entwickelt. Die Stundenbögen entstanden als Sammlung von Items, von denen jedes für sich einen generell oder im Zusammenhang mit Projekten wichtigen Aspekt abdeckte. Später wurden diese Items aus pragmatischen Gründen faktorenanalysiert und nachträglich auch den therapeutischen Wirkfaktoren nach Grawe zugeordnet (Grawe et. al, 1990; Grawe, 1994).

Der Stundenbogen ist ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen aus Patienten- und Therapeutenperspektive. Der TSTB2000 besteht aus insgesamt 32 Items, die

elf theoriegeleitete und faktorenanalytisch bestätigte Subskalen darstellen: Therapiebeziehung, Offenheit, Therapiefortschritte, interaktionelle Schwierigkeit, Problembewältigung, Bezug zur realen Lebenssituation, motivationale Klärung, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Anstrengungsbereitschaft und interaktionelle Perspektive. Die Subskalen stellen den jeweiligen Mittelwert der entsprechend zugeordneten Items dar. 27 dieser Items werden auf einer Antwortskala von „0; überhaupt nicht“ bis 4; stimmt vollkommen“ bewertet. Die übrigen fünf Items richten sich auf die verwendete therapeutische Methode in der bewerteten Sitzung und sind bipolare nein- oder ja-Fragen. Die internen Konsistenzen liegen zwischen  $\alpha = .63$  und  $\alpha = .88$ .

Der PSTB2000 umfasst insgesamt 22 Items, welche auf einer siebenstufigen Skala von „-3; überhaupt nicht“ bis „+3; ja, ganz genau“ beantwortet werden. Aus den Items lassen sich acht Subskalen generieren, welche theoriegeleitet und faktorenanalytisch ermittelt worden sind: Therapiebeziehung, Selbstwerterfahrungen, Bewältigungserfahrungen, Klärungserfahrungen, Therapiefortschritte, Aufgehobensein, Direktivität/Kontrollerfahrungen und Problemaktualisierung. Auch hier werden die Subskalen durch den jeweiligen Itemmittelwert repräsentiert. Die internen Konsistenzen liegen zwischen  $\alpha = .07$  und  $\alpha = .85$ .

Für die hiesige Studie wurden die Stundenbögen in ihrer Originalfassung nach jeder Therapiesitzung erhoben. Für das Rollenspiel zu Beginn der Therapeutenweiterbildung wurde hingegen eine reduzierte Fassung ausgegeben. Die reduzierte Version des Therapeutenstundenbogens beinhaltet eine Auswahl von Items zur Therapiebeziehung (2), Interaktionellen Perspektive (1), Offenheit (3), Ressourcenaktivierung (2) und Empfinden des Therapeuten während der Sitzung(2) (Anhang 1). Das Antwortformat bei acht Items stellt eine siebenstufige Skala von „-3; überhaupt nicht“ bis „+3; ja, ganz genau“ dar. Die zwei übrigen Items werden auf einer fünfstufigen Skala von „0; überhaupt nicht“ bis „4; stimmt vollkommen“ beantwortet. Der Patientenbogen wurde auf lediglich fünf Items auf einer Skala

von „-3; überhaupt nicht“ bis „+3; ja, ganz genau“ reduziert. Die Fragestellungen zielen auf die empfundene therapeutische Beziehung (1), der Ressourcenorientierung des Therapeuten (1) sowie des Aufgehobenseins (2) und der empfundenen Wertschätzung (1) durch den Therapeuten ab.

#### ***4.2.19 Bochumer Veränderungsbogen***

Nach Wirtz (2014) handelt es sich bei dem Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) um ein Messmittel zur direkten Veränderungsmessung des Erlebens und Verhaltens von Klienten nach Abschluss einer psychotherapeutischen Behandlung. Der Fragebogen besteht aus 42 Items mit jeweils einer siebenstufigen Skala. Jedes einzelne Item ist hierbei neu definiert. In der Auswertung ergab sich dann ein Gesamtfaktor „Optimismus und Gelassenheit“. Die interne Konsistenz liegt bei den Subskalen zwischen  $\alpha = .97$  und  $\alpha = .99$ . Im Handbuch liegen Veränderungswerte vor, welche als signifikante Grenzwerte in der Stichprobe angesehen werden können.

In der dieser Studie wurde die Kurzversion des VEV mit nur 26 Items verwendet - Der Bochumer Veränderungsbogen (BVB-2000) von Willutzki et al. (2003). Er orientiert sich an der Eindimensionalität des Vorläufers, ermöglicht aber eine Unterteilung in drei unterschiedliche Subskalen zur detaillierteren Betrachtung. Auf diesen drei Faktoren werden die explizit wahrgenommene positive Veränderung, die Reduktion von Belastungen und die Interaktionsveränderung, welche von den Patienten direkt beschrieben wird, mittels Mittelwertsbetrachtung analysiert. Die Mittelwerte können in T-Werte umgewandelt werden. Ein T-Wert kleiner als 3.5 entspricht einer empfundenen Verschlechterung. Ein T-Wert größer als 4.5 entspricht einer empfundenen Verbesserung. Die interne Konsistenz liegt bei  $\alpha = .96$ .

#### ***4.2.20 Supervisorenbogen***

In der vorliegenden Untersuchung wurde auch ein Supervisorenbogen (Anhang 4) verwendet, welcher den jeweiligen Supervisoren der Therapeuten nach Abschluss der Therapie ausgehändigt wurde. Standardisierte Kennwerte existieren hier nicht, da der Bogen eigens für diese Studie konzipiert wurde und (noch) nicht validiert wurde. Die Items wurde auf Basis einer Diskussion mit ausgebildeten Supervisoren und Supervisorinnen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) erarbeitet. Von zehn kontaktierten SupervisorInnen, beantworteten vier die gestellten Leitfragen und ließen sich auf eine Diskussion zum Zwecke der Fragebogenkonzipierung ein. Die gestellten Leitfragen waren: 1. Was kann ich als Supervisor über die Persönlichkeit meines Supervisanden sagen?, 2. Wovon hängt meiner Meinung nach Therapieerfolg ab (Methodik, Therapeutenmerkmalen, Beziehungsgestaltung, Art der Supervision, Sonstiges)?, 3. Welche Fragen kann ich als Supervisor über die Therapie meines Supervisanden beantworten?

Der Supervisorenbogen besteht aus insgesamt 13 Items, wovon zehn auf einer sechsstufigen Skala von „1; nicht vorhanden“ bis „6; sehr stark ausgeprägt“ zu bewerten sind. Diese zehn Items beziehen sich auf die Kompetenzen des Therapeuten im Supervisionsprozess, welche auch als positive Attribute und Eigenschaften im Therapieprozess zu betrachten sind. Diese sind: Selbstoffenbarung, Reflektionsfähigkeit, Leistungsorientierung, Gestaltungsfähigkeit einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, Flexibilität in Bezug auf Patientenbedürfnisse, Umgang mit schwierigen Patienten, Kompetenz, die Behandlung zu planen, Flexibilität in Bezug auf situative Abweichungen vom Behandlungsplan, Offenheit für neue Erfahrungen und Techniken, Methodenkompetenz. Ein Item gibt auf einer sechsstufigen Skala von „1; stimmt nicht“ bis „6; stimmt genau“ wieder, inwieweit der Supervisor glaubt, dass der Schweregrad des Patienten oder der Patientin Einfluss auf eine geringere Effektstärke hat. Ein weiteres Item erhebt, inwiefern der



Supervisand die jeweiligen Supervisionsstunden vor- und nachbereitet hat. Hierzu trägt der Supervisor auf einer fünfstufigen Skala von „1; fand nie erkennbar statt“ bis „4; in regelmäßigen Abständen (oft)“, seinen Eindruck ab. Die Kodierung „5“ steht für eine fehlende Beurteilbarkeit. Das letzte Item widmet sich dem Gesamteindruck. Auf einer zehnstufigen Prozentreihe wird der Supervisor gebeten von 0-100% zu eruieren, ob der Supervisand seiner Ansicht nach zu den Besten (90-100%) oder den schlechtesten Therapeuten (0-10%) zählt. Die Bewertungen der Supervisoren hatten keinerlei Einfluss auf die Bewertungen der Therapeuten in Ausbildung im Sinne einer Prüfungsleistung. Somit konnten die Supervisoren ehrlich antworten, ohne befürchten zu müssen, einen negative Einfluss auf die Prüfungsleistung eines möglicherweise sympathischen Kandidaten zu nehmen. Die Auswertung des Bogens erfolgte itemorientiert und im Vergleich zum Mittelwert des vorliegenden Datensatz.

### **4.3 Durchführung**

Jeder Jahrgang der angehenden Psychotherapeuten durchlief mit Ausnahme der Rollenspielausgestaltung (4.2.2.1) das gleiche Prozedere. Die Hilfsassistentinnen, welche die Patientin im Rollenspiel mimten, erhielten vor der ersten Konfrontation mit einem Ausbildungskandidaten ein Coaching in Form einer Übung mit einem Dozenten. Der Dozent mimte im Training den Therapeuten und besprach das Rollenspiel anhand der Rollenbeschreibung, einer aufgenommenen Videoaufzeichnung und eigener Notizen zum durchgeführten Rollenspiel mit der Assistentin. So sollte sichergestellt werden, dass die Hilfsassistentin ihre Rolle verinnerlicht hat und auf therapeutische Fragen zur Biographie und Symptomatik adäquat antworten kann und gleichzeitig die Schwierigkeiten innerhalb des Zeitfensters einbauen kann. Die Hintergrundinformationen zu den Rollen befinden sich im Anhang 2. Die angehenden Ausbildungskandidaten wurden eingeladen, ein Erstgespräch in einem Rollenspiel mit der geschulten Hilfsassistentin zu simulieren.

Das Rollenspiel wurde so konzipiert, dass eine Hilfsassistentin des Instituts eine psychisch erkrankte Patientin darstellte und die Probanden, vor standardisierte und erschwerte Bedingungen eines Erstgesprächs stellte. Im Anschluss an die via Videoaufzeichnung dokumentierte Sequenz wurde eine verkürzte Form der Stundenbögen PatStBo und ThStBo mit fünf Items im Patientenbogen und zehn Items im Therapeutenbogen bearbeitet. Die konkreten Rollenunterschiede und Schwierigkeiten wurden bereits oben beschrieben. Eine detaillierte Beschreibung der Stundenbögen findet sich im entsprechenden Kapitel 4.2.18, während die Bögen in Anhang 1 vorliegen. Die Dauer des Rollenspiels inklusive der Bearbeitung der vorliegenden Bögen betrug etwa 20 bis maximal 30 Minuten.

Ebenso durchliefen die Probanden ein bis zu maximal 60-minütiges Interview zur Erstellung eines Repertory Grids. Es orientierte sich an der in 4.2.4 beschriebenen Vorgehensweise von Riemann (1991). Der Proband konnte neben den Elementen „Selbst“ und „Idealselbst“ weitere fünf bis acht bedeutsame Menschen aus den Bereichen „Partnerschaft“, „Familie“, „Freunde“, „Kollegen“ oder „jemand, den man nicht mag“ wählen. Die Interviewprozedur entsprechend dem Leitfaden liegt in Anhang 3 vor.

Als weiteres Messinstrument für den Bereich der sozialen Intelligenz wurde eine Teilversion des MTSI verwendet. In dieser Studie wurden lediglich die Soziale Wahrnehmung mit einer Testzeit von etwa 10 Minuten und das Soziale Verständnis mit einer Testzeit von etwa 120 Minuten erhoben. Die ausführliche Erläuterung zu der Methodik wurde bereits unter 4.2.8 gegeben.

Außerdem erhielten die angehenden Therapeuten vor Weiterbildungsbeginn eine Fragebogenbatterie mit insgesamt zehn unterschiedlichen Fragebögen. Die Bögen konnten zu Hause ausgefüllt und in der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern abgegeben werden. Es handelte sich um: FAMOS-Selbstauskunft (15 Minuten), IIP-64 (20

Minuten), INK (10 Minuten), IMA-40 (10 Minuten), U-Fragebogen (10 Minuten), PSSI (20 Minuten), NEO-PI-R (40 Minuten), PID (5 Minuten), SDS-CM (5 Minuten) und RES-K (10 Minuten). Insgesamt betrug die Bearbeitungszeit des Fragebogenblocks etwa 145 Minuten. Erläuterungen zu den jeweiligen Fragebögen finden sich in den entsprechenden Unterkapiteln. Nach der Erhebung begann die Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, welche alle Probanden an der Universität Bern vollzogen. Insgesamt durchliefen die angehenden Psychotherapeuten eine Datenerhebung von etwa sechs Stunden an unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten vor Weiterbildungsbeginn.

Die Daten der angehenden Therapeuten wurden unter einer Kodierung gespeichert. Die Studienkodierung wurde dann wiederum einer Therapeutenkodierung in der Ambulanz des Ausbildungsinstitutes zugeordnet. Die Patienten, welche die jeweiligen Therapeuten während ihrer ambulanten Tätigkeit behandelten, wurden dem jeweiligen Therapeuten bei Therapiebeginn mittels der Kodierung des Instituts zugeordnet. Mittels der Doppelkodierung (eine Studienkodierung entsprach einer Therapeutenkodierung) konnte lediglich die Referentin Rückschlüsse auf die Identität der Ausbildungskandidaten ziehen, speicherte die Daten aber anonym ab. Die Daten der Patienten konnten so eindeutig einem Therapeuten zugeordnet werden und die Daten eines Therapeuten konnten eindeutig den Studiendaten der Ausbildungskandidaten vor Weiterbildungsbeginn zugeordnet werden.

Während der Phase der ambulanten Therapien füllten die Patienten nach jeder Sitzung den PatStBo und die Therapeuten den ThStBo in ihrer originalen Fassung aus. Zudem wurden zahlreiche weitere Patientendaten erhoben. Wie Abbildung 5 zu entnehmen ist, füllten die Patienten der Therapeuten in Weiterbildung unterschiedliche Fragebögen zu unterschiedlichen Zeitpunkten aus. Ungeachtet der in der Tabelle eingetragenen Erhebungszeitpunkte lagen die Durchführungszeiten der Fragebögen bei: IIP-64 (20 Minuten), FAMOS-Selbstauskunft (15 Minuten), INK (10 Minuten), SDS-CM (5 Minuten),

RES-K (10 Minuten) , BFE (10 Minuten), GAS (5 Minuten), VLB-K (5 Minuten), BVB-2000 (5 Minuten), BSI (10 Minuten), BFE (10 Minuten), GAS (5 Minuten), BVB-2000 (5 Minuten) und VLB-K (5 Minuten) pro Fragebogendurchführung.

Nach Beendigung der Therapeutenweiterbildung wurde den Supervisoren der Therapeuten ein Supervisorenfragebogen (5 bis 10 Minuten) ausgehändigt, dessen Fragen sie mit Hilfe ihrer Aufzeichnungen und ihres Gedächtnisses beantworten sollten. Nähere Hinweise zum Aufbau des Fragebogens finden sich unter 4.2.20.

## **5. Auswertung**

### **5.1 Stichprobe**

Diese Studie wurde über mehrere Kohorten angehender Psychotherapeuten im Master of Advanced Studies in Psychotherapie des Instituts für Psychologie der Universität Bern aus den Jahren 2008 bis 2013 durchgeführt. In Tabelle 6 sind die Rahmendaten zur Stichprobe der angehenden Psychotherapeuten zusammengefasst. Pro Kohorte gingen unterschiedlich viele Ausbildungskandidaten in die verwendete Stichprobe mit ein. Es konnten nur diejenigen Berücksichtigung finden, die während der Psychotherapie-weiterbildung mindestens einen ambulanten Behandlungsfall abschlossen. Im Rahmen der Datenerhebung des Projektes zur Erfassung von Therapeutenmerkmalen wurden in der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Universität Bern 76 angehende Therapeuten und Therapeutinnen im Zeitraum von 2008 bis 2013 erfasst, die ambulante Patienten in der Praxisstelle behandelten. Aus dem ersten Jahrgang (2008) wurden insgesamt 18 Teilnehmer berücksichtigt. Aus der nächsten Kohorte (2009) flossen 20 Teilnehmer ein und aus dem Weiterbildungsjahrgang 2010 wurden 14 Kandidaten in die Analyse einbezogen. 2011 wurden 12 Teilnehmer notiert und im vorletzten Erhebungsjahr (2012) wurden sieben angehende Therapeuten sowie im letzten Jahr (2013)

fünf künftige Psychotherapeuten verzeichnet. Insgesamt wurden zehn männliche und 66 weibliche Therapeuten im Alter von 26 bis 53 Jahren in die Analyse aufgenommen. 68 der 76 Probanden schlossen die Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten erfolgreich ab, acht hingegen brachen die Weiterbildung während der Zeit mit den ambulanten Behandlungsfällen ab. Bezüglich des zum Zeitpunkt des Therapiebeginns aktuellen Beziehungsstatus der Therapeuten liegen keine Daten vor.

**Tabelle 6**

*Stichprobenbeschreibung der angehenden Psychotherapeuten*

Kohorte	Geschlecht		Therapeutenanzahl	Mittelwert Alter	Median Alter	SD Alter
	m	w				
2008	2	16	18	32,51	31	3,805
2009	3	17	20	29,64	30	1,663
2010	1	13	14	29,12	29	4,12
2011	2	10	12	30,71	28	5,98
2012	1	6	7	29,54	28	2,746
2013	1	4	5	39,00	32	10,247
missings						
Gesamt	10	66	76	30,74	30	4,886

*Anmerkung.* SD= Standardabweichung

Die 76 erfassten Therapeuten behandelten insgesamt 358 Patienten im Altersbereich von 16 bis 71 Jahren (von insgesamt 241 Patienten fehlt die Altersangabe bei Therapiebeginn). Die Stichprobenbeschreibung der Patientengruppe findet sich in Tabelle 7. 110 Patienten waren männlichen und 133 weiblichen Geschlechts. Es lassen sich zudem aufgrund der Anonymisierung der Probanden im Studienkontext und der anderen Kodierung im Kontext der Praxisstelle 117 Altersdaten und 115 Geschlechtsdaten der Patienten nicht zweifelsfrei zuordnen. Pro Patient wurden bis zu maximal 91 Therapiesitzungen durchgeführt. Die meisten Therapien wurden als reguläre Langzeittherapie durchgeführt. Neun potentielle Therapien wurden schon nach der ersten Sitzung abgebrochen. Bei 125 Patienten kann die Anzahl der Sitzungen nicht eindeutig bestimmt werden.

**Tabelle 7***Stichprobenbeschreibung der Patienten*

Kohorte	Geschlecht		Patientenanzahl	Mittelwert Alter	Median Alter	SD Alter
	m	w				
2008	22	25	47	36,09	31	12,782
2009	16	32	48	33,26	28	12,458
2010	25	32	57	36,18	36	11,421
2011	25	24	49	33,67	30,5	11,455
2012	16	11	27	34,00	33	11,688
2013	6	9	15	40,73	43	16,499
missings			115			
Gesamt	110	133	358	35,13	32	12,31

*Anmerkung.* SD= Standardabweichung

In die finale Auswertung gingen nur 140 Patientenfälle ein, da in 218 Fällen kein Prä-Post-Vergleich getätigt werden konnte (fehlende Werte) und somit nur für die verbleibenden 140 Fälle ein Therapieerfolg berechnet werden konnte (Tab.8). 94 der finalen Patienten mit gültigen Therapieabschlüssen waren ledig, 41 verheiratet, 11 geschieden und zwei verwitwet; zwei Werte fehlen.

**Tabelle 8**

*Stichprobenbeschreibung anhand von Therapielänge und gültigen Therapieabschlüssen mit Therapieerfolg-Index-Berechnung*

Therapielänge	Patientenanzahl	Gültige Therapieabschlüsse mit Therapieerfolg_Index
Erstkontakt	9	0
KZT 1 (bis zu 12 Sitzungen)	58	0
KZT 2 (bis zu 24 Sitzungen)	61	1
LZT (bis zu 60 Sitzungen)	93	104
LZT Verlängerung 1 (bis zu 80 Sitzungen)	9	35
LZT Verlängerung 2 (> 80 Sitzungen)	3	0
missings	125	218
Gesamt	358	358
Gesamt gültig	233	140

Im Rahmen der Therapien wurden insgesamt 343 Diagnosen gestellt. In nahezu sämtlichen Fällen waren Komorbiditäten vorhanden. Bei 162 Patienten ließ sich die Diagnose im Verlauf der Datenanalyse und –akquise aufgrund der zuvor erfolgten Anonymisierung der Daten oder fehlender Daten nicht eindeutig identifizieren. Die Häufigkeit der gestellten Diagnosen sind in entsprechende Gruppen eingeteilt und in Tabelle 9 zu finden.

**Tabelle 9***Diagnosehäufigkeit in der vorliegenden Stichprobe\**

Diagnosengruppe	Anzahl
Abhängigkeitserkrankungen	28
Schizophrenie	1
Depression, Dysthymie	110
Posttraumatische Belastungsstörung	6
Zwangsstörung	9
Spezifische Phobien	16
Agoraphobie, Panikstörung	27
Soziale Phobie	31
Generalisierte Angststörung	14
Somatoforme /Somatisierungsstörung	23
Essstörung	11
Persönlichkeitsstörung	14
Sonstiges (z.B. Anpassungsstörung)	53
Missings	162

\* Die Patienten dieser Stichprobe waren teilweise komorbid, was den Unterschied der Diagnoseanzahl und der Patientenanzahl erklärt

## 5.2 Maß für Therapieerfolg

In der vorliegenden Arbeit wird die Expertise eines Therapeuten unter anderem anhand des Outcomes beurteilt. „Gute“ und „schlechte“ Therapeuten werden anhand der Veränderung oder auch der Erfolge beim Patienten zu Therapieende voneinander unterschieden. Aufgrund der Heterogenität in Bezug auf die Hauptdiagnosen und Komorbiditäten der Patientenstichprobe, soll ein kombiniertes Maß für den Therapieerfolg, orientiert an Flückiger, Regli, Grawe und Lutz (2007) verwendet werden. Das kombinierte Maß soll dem Anspruch gerecht werden, den multidimensionalen Charakter eines psychotherapeutischen Ergebnisses zu erfassen und sowohl direkte als auch indirekte Messmittel, unabhängig von Diagnosen der Patienten, mit einzubeziehen.

Zur Berechnung der Effektstärken der beiden indirekten Messmittel BSI (Brief Symptom Inventory; Franke, 2000) und IIP-64 (Inventar Interpersonaler Probleme; Horowitz,



2000) wurde die Prä-Post-Differenz, dividiert durch die gepoolte Standardabweichung herangezogen. Die Berechnung der gepoolten Standardabweichung erfolgte in dieser Arbeit anders als bei Flückiger et al. (2007) nach Ziegler et al. (2009), da unterschiedliche Gruppengrößen bei mehr als zwei Variablengruppen vorlagen. Die Formel für die Standardabweichung orientiert sich hier an Cohen (1988).

$$s_{pooled} = \frac{\sqrt{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2 + \dots + (n_k - 1)s_k^2}}{n_1 + n_2 + \dots + n_k - k}$$

Als weitere Abweichung zu Flückiger et al. (2007) lässt sich der Einbezug von zwei direkten Messmitteln anführen. Anstatt der Patienten- und Therapeutenachbefragung nach Grawe und Braun (1994) wurden die Skalen „Therapiefortschritte“ und „Therapiebeziehung“ des Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogens 2000 (Flückiger et al., 2015) verwendet. Da der Patienten- und der Therapeutenbogen inhaltlich leicht divergieren, wurden diese insgesamt vier Skalen (Therapiebeziehung PT/ TH und Therapiefortschritt PT/TH) einzeln zur Berechnung des kumulativen Items für Therapieerfolg herangezogen, da sie inhaltlich dasselbe Konstrukt sowohl aus Patienten als auch aus Therapeutenperspektive abbilden. Somit können beide Perspektiven bezüglich wahrgenommener therapeutischer Beziehung und möglicher therapeutischer Fortschritte in der finalen Outcome- Berechnung berücksichtigt werden. Die jeweiligen Skalenmittelwerte werden durch die Standardabweichung zum Postzeitpunkt dividiert, um den Effekt zu ermitteln. Des Weiteren wurden entsprechend der Studie von Flückiger et al. (2007) die Messmittel IIP-64, BSI, BVB-2000, GAS und dritte Skala des VLB-K genutzt. Die Effektstärkenberechnung der eben angeführten direkten Messmittel wurden wie bei den Stundenbögen anhand der Gesamtwerte beziehungsweise Skalenwerte der Messmittel, dividiert durch die Standardabweichung zum Post-Zeitpunkt

durchgeführt. Das letztlich verwendete Maß für Therapieerfolg angelehnt an Flückiger et al. (2007) ergab sich dann aus dem Mittelwert der Effektstärken der Messmittel.

In der vorliegenden Dissertation wurden außerdem die Prä-Post-Veränderungen der Patienten auf Motivebene durch den Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS; grosse Holtforth & Grawe, 2002) und dem Inkongruenzfragebogen (INK; grosse Holtforth, Grawe & Tamcan, 2004a) erhoben. So ergab sich die Möglichkeit, positive oder gar negative Veränderungen im Bereich der Schemata der Patienten, soweit sich diese in bewussten Auskünften der Patienten abbilden ließen, zu evaluieren und möglicherweise auf Therapeutenvariablen zu regredieren. Die Veränderungen innerhalb der Nutzung der aktuellen Ressourcenpotentiale nach Selbsteinschätzung der Patienten, wurden mittels der Kurzversion des Berner Ressourceninventars (RES; Trösken, 2000) erhoben. Als weiteres indirektes Messmittel wurde der Berner Fragebogen zum Wohlbefinden –Erwachsenenform– (BFWE; Grob, 1991) erhoben. Die erwähnten Messmittel erfassen weitere Teilbereiche des Therapieerfolgs, gehen allerdings nicht in die Berechnung des composite-items ein. Trotzdem sind Veränderungen, welche mit den Fragebögen erfasst werden, nicht als eigenständige Erfolge der Psychotherapie unabhängig von dem hier erhobenen composite-item einzuordnen, da, wie sich zeigen wird, die korrelative Überlappung zwischen den einzelnen Variablen sehr hoch ist. Mögliche Steigerungen der eigenen Ressourcenpotentiale und deren Realisierung im Alltag sowie Steigerung des Wohlbefindens können als eigenständige Werte aber in die Betrachtung des Effektes einer Psychotherapie miteinbezogen werden, da davon auszugehen ist, dass Psychotherapie sowohl einen Effekt auf die Schemata der Patienten, deren Ressourcennutzung, als auch deren Wohlbefinden hat. Es ist nicht auszuschließen, dass die Konkretisierung dieser Themen im Therapieerfolg eine zusätzliche Varianzaufklärung hervorbringt und gezielte Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn diese Teilbereiche der Gesamtvarianz ebenfalls tangieren.

### **5.3 Studienspezifische Auswertungshinweise**

Die Auswertung der Fragenbogendiagnostik erfolgte anhand der im jeweiligen Handbuch vorgegebenen Regeln, wie bereits im Kapitel 4.2 erläutert. Die erhobenen Patientendaten aus der Psychotherapeutischen Praxisstelle des Instituts für Psychologie der Universität Bern und die im Institut für Psychologie erhobenen Therapeutendaten wurden mittels des Programms „R“ zusammengeführt. Das Maß für den Therapieerfolg wurde, wie in Kapitel 5.2. beschrieben, ebenfalls mit Hilfe des Programms „R“ berechnet. Die Auswertung der „Repertory Grids“ erfolgte auf Basis des Programms „RECORD“ der Universität von Barcelona. Ist der berechnete Eigenwert größer als .41, so ist von einer überdurchschnittlichen kognitiven Konstruktions- und Abstraktionsfähigkeit im Sinne kognitiver Komplexität beim Probanden auszugehen (Montesano et al., 2009). Konkretere Normwerte sind bislang noch nicht vorhanden (Montesano et al., 2015). Die Auswertung des gesamten Datensatzes wurde mit SPSS 23 und Microsoft Excel 2004 durchgeführt.

## **6. Ergebnisdarstellung**

### **6.1 Korrelative Befunde der einzelnen Items**

Zunächst erfolgte im Sinne eines explorativen Vorgehens eine korrelative Betrachtung der einzelnen Subskalenwerte aller Therapeutendaten (Prä-Werte) mit dem kombinierten Maß für Therapieerfolg und dessen Subskalen. Die Ergebnisse, welche Therapeutenvariablen mit dem Indexwert von Therapieerfolg korrelieren und welche Beziehungen auf Subskalenebene zu identifizieren sind, sind aufgrund ihres Umfangs in Anhang 5 zu finden.

Auf Patientenseite wurden lediglich die Outcome-Werte in Anhang 5 abgetragen, welche Teilaspekte des kombinierten Maßes darstellten sowie einen signifikanten Zusammenhang mit dem Index für Therapieerfolg und mindestens einer Therapeutenvariable aufwiesen. Insgesamt wurde während der Auswertung eine hohe korrelative Überlappung

innerhalb des Datensatzes deutlich, sodass diese inhaltlich logische Reduktion innerhalb der Tabelle erfolgte, um die Lesbarkeit zu gewährleisten und die weiteren Auswertungsschritte nachvollziehen zu können. Korrelative Befunde außerhalb des Zusammenhangs mit Therapieerfolg oder unter den einzelnen Subskalen von Fragebögen und Testungen wurden nicht berücksichtigt.

Es wurden signifikante Zusammenhänge zwischen dem Index für Therapieerfolg und der Subskala „Leben auskosten“ des INK mit  $r=.205$  bei  $N=104$  und  $p<.05$  identifiziert. Auch die Subskala „Bildung“ des FAMOS zeigte mit  $r=.195$  bei  $N=104$  und  $p<.05$  ein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, je mehr der Therapeut schon vor Weiterbildungsbeginn ein hohes Kongruenzerleben im Bereich „Leben auskosten“ hat und je höher sein Bildungsmotiv ist, desto eher ist mit einem positiven Therapieerfolg am Ende der Weiterbildung zu rechnen. Neben diesen Ergebnissen aus der Fragebogenerhebung konnten keine weiteren signifikanten Zusammenhänge in der Datenerhebung vor Weiterbildungsbeginn ausgemacht werden, obwohl bei  $N=104$  bereits eine Erhöhung der Stichprobengröße einbezogen wurde, da Ausbildungskandidaten, welche mehrere Therapien abschlossen, entsprechend ihrer Therapieabschlüsse teilweise mehrfach in die Auswertung miteinbezogen wurden. Lediglich die Stundenbögen, welche die angehenden Therapeuten während der Weiterbildung in der Praxisstelle zu den einzelnen Therapiestunden ausfüllten zeigen weitere Zusammenhänge bei  $N=104$  zum Therapieerfolgsindex. Die Einschätzung des Therapeuten bezüglich der Therapiebeziehung ( $r=.275; p<.01$ ), der Offenheit des Patienten ( $r=.215; p<.05$ ), seiner eigenen Anstrengung ( $r=.282; p<.01$ ) und dem vom Therapeuten erlebten Fortschritt in der Therapie ( $r=.247; p<.05$ ) zeigen signifikant korrelative Zusammenhänge zum Therapieerfolg. Diese Daten geben allerdings keinen Aufschluss über die Prä-Faktoren der Therapeuten und deren Einfluss auf die spätere Therapie. Sie bilden die Korrelation der Therapeuteneinschätzung im Therapieprozess und dem Gesamtergebnis der Therapie ab. An dieser Stelle ist anzumerken,

dass der Therapieprozess sicherlich auch eine wichtige Variable des Therapieerfolges darstellt; hierzu folgen später detailliertere Ausführungen.

Wie bereits erläutert, wurden zu Gunsten der Lesbarkeit lediglich die Outcome-Werte der Subskalen in Anhang 5 integriert, welche einen signifikanten Zusammenhang zum Indexwert aufwiesen. Es wird deutlich, dass die letzte Skala des BVB2000, Interaktionsveränderung, keinen signifikanten Zusammenhang mit Therapieerfolg aufwies, sowie auch die Werte der Patientenstundenbögen aus dem Bereich Therapiefortschritt und therapeutische Beziehung. Alle anderen Teilwerte des Index weisen hohe korrelative Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg auf.

Betrachtet man den Zusammenhang der Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn und deren Beziehung zu einzelnen Komponenten des Indexwertes „Therapieerfolg“, so werden unterschiedliche Zusammenhänge je Teilbereich identifiziert. Diese multiplen Korrelationen lassen auf eine hohe Überlappung zwischen den einzelnen Items schließen, sodass eine Interpretation auf einzelner Itemebene unsinnig erscheint.

Für das Empathie- und das Kompetenzrating der Therapeuten im Rollenspiel Beginn der ambulanten Therapien wurden zur weiteren Berechnung Mittelwerte herangezogen, da die Einzelwerte der Empathieskalen und Kompetenzskalen hoch miteinander korrelieren. Die Berechnungen befinden sich zur Erleichterung des Leseflusses in Anhang 6.

## **6.2 Faktorenanalyse**

Im zweiten Analyseschritt wurde, um der korrelativen Überlappung der einzelnen Merkmale Rechnung zu tragen, eine Faktorenanalyse durchgeführt. Mit den einzelnen Items (outcome-Werte des Gesamtwertes Therapieerfolg) wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, um die wichtigsten unabhängigen Faktoren zu extrahieren. Es wurden sieben

voneinander unabhängig zu betrachtende Faktoren mit je einem Eigenwert größer als eins identifiziert. Diese sieben extrahierten Faktoren klären einen Anteil von 73,302 % der Gesamtvarianz des Indexitems auf, lassen sich aber theoriegeleitet schwer in einen sinnvollen Zusammenhang bringen. Tabelle 10 zeigt die daraus resultierte Komponentenmatrix.

**Tabelle 10**

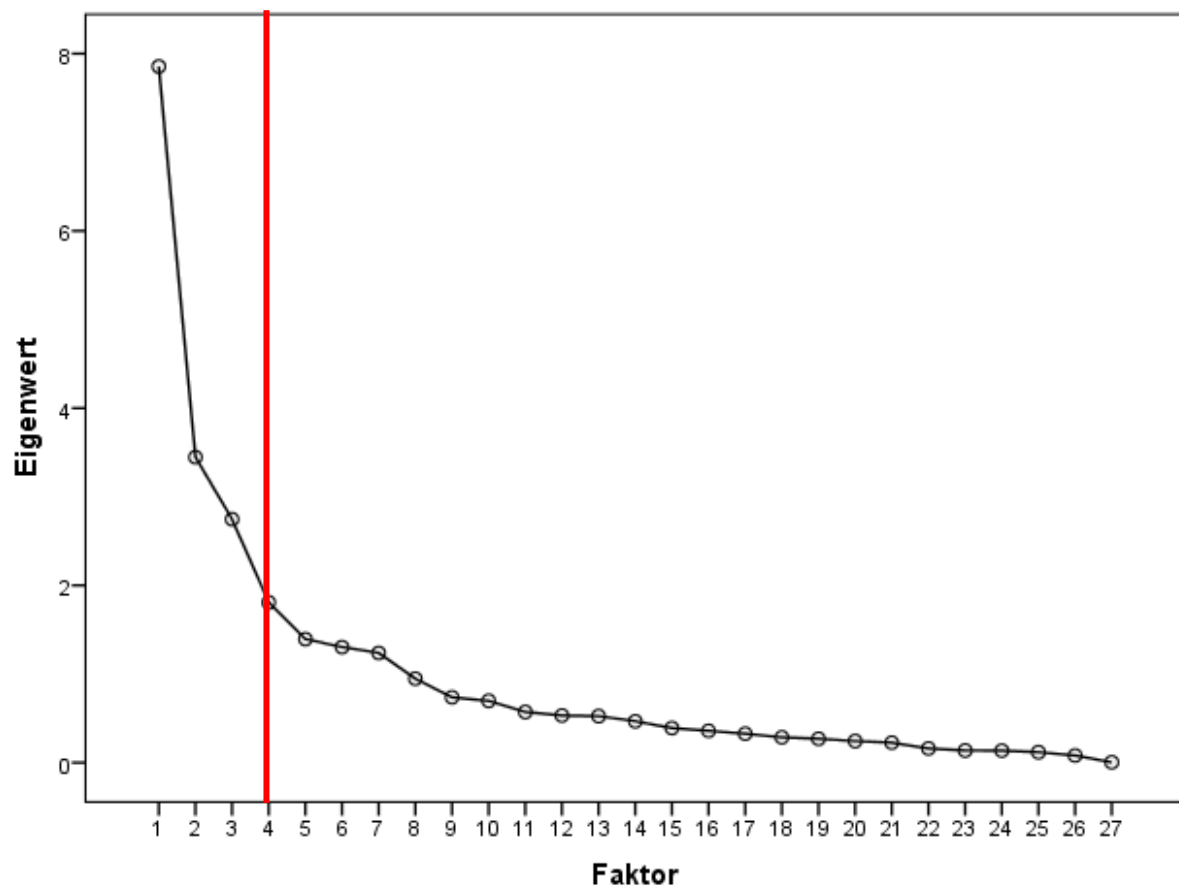
*Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Faktoren von Therapieerfolg*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte % der			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.856	29.095	29.095	7.856	29.095	29.095
2	3.447	12.765	41.860	3.447	12.765	41.860
3	2.746	10.172	52.032	2.746	10.172	52.032
4	1.807	6.693	58.725	1.807	6.693	58.725
5	1.394	5.162	63.887	1.394	5.162	63.887
6	1.304	4.829	68.716	1.304	4.829	68.716
7	1.238	4.586	73.302	1.238	4.586	73.302
8	.948	3.511	76.813			
9	.737	2.730	79.542			
10	.697	2.583	82.125			
11	.571	2.116	84.241			
12	.531	1.967	86.208			
13	.525	1.945	88.154			
14	.467	1.730	89.883			
15	.390	1.445	91.328			
16	.359	1.329	92.658			
17	.326	1.208	93.866			
18	.285	1.056	94.922			
19	.269	.996	95.919			
20	.244	.903	96.821			
21	.225	.833	97.654			
22	.159	.590	98.244			
23	.137	.507	98.751			
24	.136	.503	99.254			
25	.118	.436	99.690			
26	.080	.297	99.988			
27	.003	.012	100.000			

Nach Überprüfung der sieben Komponenten mittels Scree-Plot -Methode wurde eine Reduktion auf vier Faktoren vorgenommen. Der Screeplot ist in Abbildung 8 zu sehen.

### Abbildung 8

*Screeplot der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Faktoren von Therapieerfolg*



Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium bei vier extrahierten Faktoren lag bei .540 und der Bartlett-Test war hochsignifikant. Der aufgeklärte Anteil der Gesamtvarianz beträgt bei vier Faktoren 58,725% (Tab. 10). Die Anteile der aufgeklärten Varianz je Faktor verschieben sich bei der Reduktion von sieben potentiellen Faktoren auf vier potentielle Faktoren wie in Tabelle 11 zu entnehmen.

**Tabelle 11**

*Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von 4 Faktoren von Therapieerfolg.  
Vergleich der Varianzanteile je Faktor prä und post Varimax- Rotation*

Komponente	Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.856	7.856	29.095	5.989	22.183	22.183
2	3.447	3.447	12.765	4.463	16.529	38.712
3	2.746	2.746	10.172	2.959	10.959	49.672
4	1.807	1.807	6.693	2.444	9.053	58.725

Es folgte eine Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung, welche die in Tabelle 16 dargestellte rotierte Komponentenmatrix in fünf Iterationen konvergierte. .5 oder (-).5 wurde als kritischer Wert für die Faktorenzuzuordnung gewählt. Es zeigte sich ein Faktor „Belastungsreduktion“, ein Faktor „Persönlichkeitsentwicklung“, ein Faktor „explizite Veränderung“ und ein Faktor „Therapieprozess“. Diese Faktoren lassen sich auch theoriegeleitet sinnvoll zusammenführen (Tab. 12).



**Tabelle 12***Rotierte Komponentenmatrix basierend auf Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung*

	Komponente			
	1	2	3	4
BSI_Belastung_outcome	.970	.176	.126	-.005
BSI_Somatisierung_outcome	.783	.007	-.130	.168
BSI_Zwanghaftigkeit_outcome	.661	.210	.158	.036
BSI_Unsicherheit_outcome	.770	.177	.156	-.207
BSI_Depressivität_outcome	.715	.100	.206	-.112
BSI_Ängstlichkeit_outcome	.828	.055	-.008	.133
BSI_Aggressivität_outcome	.621	.126	.218	-.188
BSI_phob._Angst_outcome	.751	.091	-.045	.090
BSI_para._Denken_outcome	.528	.257	.291	-.152
BSI_Fremdheit_outcome	.696	.336	.089	-.040
IIP64_autokr._dom._outcome	-.008	.575	.147	-.028
IIP64_expr._aufdr._outcome	.078	.612	.209	.132
IIP64fürsorg._freundl._outcome	.105	.726	-.117	.205
IIP64_ausnutzb._nachg._outcome	.159	.758	-.086	.124
IIP64_unsich._unterw._utcome	.228	.829	-.017	.089
IIP64_introv._soz._verm._outcome	.349	.760	-.039	.052
IIP64_abw._kalt_outcome	.234	.648	.223	-.059
IIP64_streits._konk._outcome	.088	.702	.211	-.251
Therapiefortschritt_StB_Th_outcome	.078	.106	.035	.753
Therapiefortschritt_StB_Pat_outcome	-.192	-.016	.379	.563
Therapiebeziehung_StB_Pat_outcome	-.244	-.052	.427	.658
Therapiebeziehung_StB_Th_outcome	.068	.124	.059	.808
GAS_Outcome	.142	.245	.629	.287
VEVW_Epxl_pos_Veränd._outcome	-.091	.007	-.725	.057
VEVW_Red_Belastung_outcome	.164	.000	.686	.064
VEVW_Interakt.-veränd._outcome	-.042	-.057	-.645	-.120
VLB_soz_Umfeld outcome	.229	.255	.610	.219

Der Faktor „Belastungsreduktion“ wird aus den Outcome-Werten des BSI generiert. Er bildet somit die Belastungsreduktion bei dem jeweiligen Patienten ab, welche implizit erhoben wurde und klärt 22,183% der Gesamtvarianz auf. Der zweite Faktor basiert auf den Outcome-Werten des IIP-64. Mit diesem Instrument wurde die Veränderung auf Persönlichkeitsebene aus interpersonaler Sicht erfasst. Dieser Faktor klärt 16,529% der Gesamtvarianz auf. Der dritte Faktor, welcher 10,959% der Gesamtvarianz aufklärt, bezieht sich auf die Veränderungen, welche explizit mittels Goal-Attainment-Scaling, der VLB\_soziales Umfeld und den drei Skalen des BVB2000 erfasst wurden. Der letzte der vier Faktoren basiert auf den Outcome-Werten der Stundenbögenvariablen Beziehung und Fortschritt von Patienten und Therapeuten. Er bildet somit implizit die empfundenen Veränderungen im Therapieprozess auf Basis impliziter Messungen ab. Dieser Faktor klärt 9,053% der Gesamtvarianz auf. Die Eigenwerte und Faktorladungen sind in Tabelle 13 aufgeführt.

**Tabelle 13**

*Komponentenmatrix nach Hauptkomponentenanalyse mit 4 Faktoren und Varimax-Rotation*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.856	29.095	29.095	7.856	29.095	29.095	5.989	22.183	22.183
2	3.447	12.765	41.860	3.447	12.765	41.860	4.463	16.529	38.712
3	2.746	10.172	52.032	2.746	10.172	52.032	2.959	10.959	49.672
4	1.807	6.693	58.725	1.807	6.693	58.725	2.444	9.053	58.725

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.856	29.095	29.095	7.856	29.095	29.095	5.989	22.183	22.183
2	3.447	12.765	41.860	3.447	12.765	41.860	4.463	16.529	38.712
3	2.746	10.172	52.032	2.746	10.172	52.032	2.959	10.959	49.672
4	1.807	6.693	58.725	1.807	6.693	58.725	2.444	9.053	58.725

### 6.3 Regression

**Tabelle 14 a**

*Signifikante Korrelationen von Therapeutenvariablen und mindestens einem Faktor von Therapieerfolg*

		Faktor Belastungs- reduktion	Faktor Persönlichkeits- entwicklung	Faktor explizite Veränderung	Faktor Therapieprozess
Faktor Belastungsreduktion	r	1	.514**	.227**	.006
	N	139	137	136	135
Faktor Persönlichkeitsentwicklung	r	.514**	1	.133	.190*
	N	137	138	136	134
Faktor explizite Veränderung	r	.227**	.133	1	.141
	N	136	136	142	137
Faktor Stundenbögen	r	.006	.190*	.141	1
	N	135	134	137	221
Therapieerfolg Index	r	.692**	.916**	.418**	.225*
	N	104	104	104	104
Soziale Erwünschtheit	r	-.055	-.020	-.050	-.058
	N	139	138	221	142
Kognitive Komplexität	r	-.047	.016	-.068	-.140*
	N	123	122	126	196
Kompetenzrating_Rollenspiel	r	.181*	.100	-.086	-.004
	N	126	125	129	201
Rollenspiel_StBPat_Interesse am Wohlergehen	r	.042	-.199*	-.049	.095
	N	135	134	138	217
Rollenspiel_StBTh_pos. Therapiebez	r	.086	.148	-.009	-.158*
	N	135	134	138	217
Rollenspiel_StBTh_Pat interaktionell schwierig	r	-.120	-.266**	.056	-.028
	N	135	134	138	217
Rollenspiel_StBTh_Widerstand Pat.	r	-.203*	-.178*	.092	-.090
	N	135	134	138	217
Rollenspiel_StBTh_Situation nervös	r	.041	.015	.023	.143*
	N	135	134	138	217
Soziale Wahrnehmung	r	-.079	-.014	-.120	.299**
	N	93	92	95	150
PSSI_DP	r	-.014	.193*	.006	-.007
	N	139	138	142	221
U-Bogen_nein sagen	r	-.104	.057	-.141	.219**
	N	139	138	142	221

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 14 b***Signifikante Korrelationen von Therapeutenvariablen und mindestens einem Faktor von Therapieerfolg*

		Faktor Belastungs- reduktion	Faktor Persönlichkeits- entwicklung	Faktor explizite Veränderung	Faktor Therapieprozess
RES_Wohlbefinden	r	.056	.181*	.063	-.011
	N	139	138	142	221
RES_Stärken	r	-.178*	-.120	-.060	.035
	N	139	138	142	221
RES_Selbstfürsorge	r	.053	.237**	.117	-.002
	N	139	138	142	221
RES_emo_coping	r	-.182*	-.126	-.037	-.002
	N	139	138	142	221
IIP-64_selbstunsicher/unterwürfig	r	-.155	.033	-.110	.174**
	N	139	138	142	221
IIP-64_abweisend/kalt	r	-.182*	.004	-.028	-.015
	N	139	138	142	221
INK_Leben auskosten	r	-.005	.218*	.061	-.027
	N	139	138	142	221
FAMOS_Bildung	r	.250**	.198*	.007	-.085
	N	139	138	142	221
FAMOS_Leben auskosten	r	.208*	.022	.043	-.034
	N	139	138	142	221
FAMOS_Selbstbeleohnung	r	.184*	.014	-.045	-.001
	N	139	138	142	221
FAMOS_Erniedrigung	r	-.064	.170*	-.043	.146*
	N	139	138	142	221
FAMOS_Spannungen mit anderen	r	-.021	.013	-.166*	.008
	N	139	138	142	221
FAMOS_Versagen	r	.062	.203*	.100	-.079
	N	139	138	142	221
Supervisorenbogen_schwieriger Pat.	r	-.029	-.276	-.011	-.410**
	N	49	47	50	70
Supervisorenbogen_Flexibilität Bedürfnis	r	.263*	.072	.344**	.067
	N	57	55	59	86

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Mit den vier Faktoren, welche in der Faktorenanalyse extrahiert worden sind, wurden nun multiple Regressionen berechnet. Im Backward Elimination Modell wurden Therapeutenvariablen für die Regressionsberechnung herangezogen, welche vorab Korrelationen mit dem jeweiligen Faktor aufwiesen (Tab. 14a/b). Eine Korrektur innerhalb der Regressionsberechnung um soziale Erwünschtheit erfolgte durch die Integration der Variable in die Berechnung.

Für den Faktor „Belastungsreduktion“ wurden die Variablen „FAMOS\_Bildung“, „FAMOS\_Selbstbelohnung“, „FAMOS\_Leben auskosten“, „Rollenspiel\_StBTh\_Widerstand Pat“, „IIP-64\_abweisend/kalt“, „Kompetenzrating\_Rollenspiel“ sowie „Supervisorenbogen\_Flexibilität Bedürfnis“, „RES\_Stärken“ und „RES\_emo\_coping“ bei N=52 für die Regressionsberechnung herangezogen (Tab.15).

**Tabelle 15**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „Belastungsreduktion“*

	$\bar{x}$	SD	N
Faktor Belastungsreduktion	.715	.733	52
FAMOS_Bildung	54.462	6.913	52
FAMOS_Selbstbeleohnung	51.654	10.167	52
FAMOS_Leben auskosten	57.885	6.958	52
IIP-64_abweisend/kalt	5.846	3.821	52
RES_Stärken	1.673	.768	52
RES_emo_coping	1.125	1.184	52
Rollenspiel_StBTh_Widerstand Pat.	-.577	1.377	52
Supervisorenbogen_Flexibilität Bedürfnis	4.423	.750	52
Kompetenzrating_Rollenspiel	73.856	18.409	52
Soziale Erwünschtheit_Th	12.635	4.270	52

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Unter Berücksichtigung sozialer Erwünschtheit wurden mittels der rückwärtsgerichteten Regressionsberechnung acht verschiedene Modelle getestet. Je Modell wurde eine weitere Variable mit der Ausschlusskriteriumswahrscheinlichkeit  $F \geq .1$  eliminiert, solange der Modellfit sich verbessert.  $R^2$  zeigt in Tabelle 16 die beste Modellpassung bei

Modell 6 mit  $R^2_{\text{Korr}} = .179$  und einem signifikanten F-Wert von  $F=3,219$  (Tab. 17). Durch Modell 6 kann 17,9% der Varianz des Faktors „Belastungsreduktion“ erklärt werden.

**Tabelle 16**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Belastungsreduktion“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.516	.266	.087	.700
2	.516	.266	.109	.692
3	.516	.266	.129	.684
4	.515	.266	.149	.676
5	.515	.265	.167	.669
6	.509	.259	.179	.664
7	.485	.236	.171	.668
8	.448	.201	.151	.675

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ =Standartschätzfehler

**Tabelle 17***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	7.291	10	.729	1.487	.179
	Residualvarianz	20.106	41	.490		
	Gesamt	27.397	51			
2	Faktorvarianz	7.290	9	.810	1.692	.121
	Residualvarianz	20.107	42	.479		
	Gesamt	27.397	51			
3	Faktorvarianz	7.288	8	.911	1.948	.077
	Residualvarianz	20.109	43	.468		
	Gesamt	27.397	51			
4	Faktorvarianz	7.276	7	1.039	2.273	0.46
	Residualvarianz	20.121	44	.457		
	Gesamt	27.397	51			
5	Faktorvarianz	7.261	6	1.210	2.705	.025
	Residualvarianz	20.136	45	.447		
	Gesamt	27.397	51			
6	Faktorvarianz	7.101	5	1.420	3.219	.014
	Residualvarianz	20.296	46	.441		
	Gesamt	27.397	51			
7	Faktorvarianz	6.456	4	1.614	3.622	.012
	Residualvarianz	20.941	47	.446		
	Gesamt	27.397	51			
8	Faktorvarianz	5.496	3	1.832	4.015	.013
	Residualvarianz	21.901	48	.456		
	Gesamt	27.397	51			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Betrachtet man dann die einzelnen Modellindizes des sechsten Modells, so erkennt man, dass die Variable „Supervisorenbogen Flexibilität Bedürfnis“  $T=2.290$   $p<.05$  unter Einbezug des Widerstandes des Patienten als Kovariate signifikant ist. (Tab. 18).



**Tabelle 18***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
FAMOS_Bildung	.020	.014	.188	1.379	.175	1.709
FAMOS_Leben auskosten	.017	.014	.163	1.209	.233	1.963
RES_Stärken	-.183	.129	-.192	-1.413	.164	1.983
Rollenspiel_StBTh_ Widerstand Pat.	-.171	.071	-.322	-2.405	.020	1.762
Supervisorenbogen_ Flexibilität Bedürfnis	.289	.126	.296	2.290	.027	1.058

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Für den Faktor „Persönlichkeitsentwicklung“ wurden die Variablen „FAMOS\_Bildung“, „FAMOS\_Erniedrigung“, „FAMOS\_Versagen“, „INK\_Leben auskosten“, „RES\_Selbstfürsorge“, „RES\_Wohlbefinden“, „Rollenspiel\_StBTh\_Pat interaktionell schwierig“, „Rollenspiel\_StBTh\_Widerstand Pat.“, „Rollenspiel\_StBPat\_ Interesse am Wohlergehen“ und „PSSI\_DP“ bei N=134 herangezogen. Sie wurden auf der Basis vorangegangener Korrelationen mit dem Faktor 2 ausgewählt (Tab. 19).

**Tabelle 19***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „Persönlichkeitsentwicklung“*

	$\bar{x}$	SD	N
Faktor Persönlichkeitsentwicklung	1.312	1.597	134
FAMOS_Bildung	53.425	7.305	134
FAMOS_Erniedrigung	47.373	8.963	134
FAMOS_Versagen	53.843	8.414	134
INK_Leben auskosten	47.313	7.569	134
RES_Selbstfürsorge	1.811	.740	134
RES_Wohlbefinden	1.836	.861	134
Rollenspiel_StBTh_Pat interaktionell schwierig	-.194	1.670	134
Rollenspiel_StBTh_Widerstand Pat.	-.724	1.253	134
PSSI_DP	7.321	3.030	134
Soziale Erwünschtheit	12.179	4.276	134
Rollenspiel_StBPat_Interesse am Wohlergehen	1.507	1.109	134

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Unter Berücksichtigung Sozialer Erwünschtheit wurden mittels der Regression mit schrittweise rückwärtsgerichteter Elimination sechs Modelle getestet. Modell 5 wies mit einem  $R^2$  von  $R^2_{\text{Korr}} = .183$  die höchste Modellpassung auf (Tab. 20). Es klärt 18,3% der Varianz des Faktors Persönlichkeitsveränderung auf. Der F-Wert wurde mit  $F=5.246$  signifikant (Tab. 21).

**Tabelle 20**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor Persönlichkeitsentwicklung*

Modell	R	$R^2$	$R^2_{\text{Korr}}$	$\sigma$
1	.484	.234	.165	1.459
2	.484	.234	.172	1.454
3	.484	.234	.178	1.448
4	.479	.229	.180	1.447
5	.475	.226	.183	1.444
6	.460	.212	.175	1.451

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient,  $R^2$ = standardisierter Regressionskoeffizient,  $R^2_{\text{Korr}}$ =korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 21**

*ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	79.543	11	7.231	3.395	.000
	Residualvarianz	259.819	122	2.130		
	Gesamt	339.363	133			
2	Faktorvarianz	79.452	10	7.945	3.760	.000
	Residualvarianz	259.911	123	2.113		
	Gesamt	339.363	133			
3	Faktorvarianz	79.361	9	8.818	4.205	.000
	Residualvarianz	260.002	124	2.097		
	Gesamt	339.363	133			
4	Faktorvarianz	77.793	8	9.724	4.647	.000
	Residualvarianz	261.570	125	2.093		
	Gesamt	339.363	133			
5	Faktorvarianz	76.587	7	10.941	5.246	.000
	Residualvarianz	262.776	126	2.086		
	Gesamt	339.363	133			
6	Faktorvarianz	71.889	6	11.982	5.689	.000
	Residualvarianz	267.473	127	2.106		
	Gesamt	339.363	133			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Betrachtet man die einzelnen Items des Modells, so werden „FAMOS\_Bildung“ (Bestreben, breite Interessen verfolgen, über großes Wissen zu verfolgen, Zusammenhänge zu verstehen, sich weiterzubilden) mit  $T=2,541$  und „INK\_Leben auskosten“ (das Leben genießen, etwas erleben, abwechslungsreichen und spannendes Leben leben) mit  $T=2.465$  bei  $p<.05$  signifikant. „RES\_Selbstfürsorge“ (Wohlfühlen durch Hobbyausübung, Fitness, sich entspannen, etwas für sich tun) wird mit  $T=3.091$  sowie „RES\_Wohlbefinden“ (Wohlfühlen durch Hobbyausübung, Fitness, interessante Erlebnisse, etwas für sich tun) mit  $T= 2.797$  jeweils bei  $p<.01$  signifikant. „Rollenspiel\_Therapeutenbogen\_interaktionell schwieriger Patient“ wird mit  $T=-2.566$  bei  $p<.05$  signifikant und ist als kovariante Patientenvariable zu betrachten (Tab. 22).

**Tabelle 22**

*Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten $\beta$	T	p	VIF
	B	$\sigma$				
FAMOS_Bildung	.055	.021	.250	2.541	.012	1.792
FAMOS_Erniedrigung	.031	.017	.175	1.833	.069	1.635
INK_Leben auskosten	.050	.020	.235	2.465	.015	1.617
RES_Selbstfürsorge		.369	.528	3.091	.002	5.280
RES_Wohlbefinden	-968	.346	-.522	-2.797	.006	5.846
„Rollenspiel_StBTh_Pat interaktionell schwierig	-.201	.079	-.211	-2.566	.011	1.936
Rollenspiel_StBPat_ Interesse am Wohlergehen	-.183	.122	-.127	-1.501	.136	1.383

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Der dritte Faktor „explizite Veränderung“ wies Korrelationen mit dem „Supervisorenbogen\_Flexibilität Bedürfnis“ und „FAMOS\_Spannungen mit anderen“ auf (Tab.23).

**Tabelle 23**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „explizite Veränderung“*

	$\bar{x}$	SD	N
Faktor explizite Veränderung	4.505	.719	59
Supervisorenbogen_Flexibilität Bedürfnis	4.407	.746	59
FAMOS_Spannungen mit anderen	47.898	8.745	59
Soziale Erwünschtheit	12.678	4.281	59

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Bei N=59 wurde mit diesen zwei Variablen, unter der Berücksichtigung „Sozialer Erwünschtheit“ als Kontrollvariable, eine rückwärtsgerichtete multiple Regression durchgeführt und letztlich drei Modelle getestet. Modell 3 wies eine Varianzaufklärung von 10,3% des Faktors „Explizite Veränderung“ bei  $R^2_{\text{Korr}} = .103$  und  $F=7,665$  bei  $p<.01$  auf (Tab. 24, Tab 25).

**Tabelle 24**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „explizite Veränderung“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.354	.125	.077	.691
2	.353	.124	.093	.685
3	.344	.119	.103	.681

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$  =Standartschätzfehler

**Tabelle 25**

*ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	3.748	3	1.249	2.618	.060
	Residualvarianz	26.242	55	.477		
	Gesamt	29.990	58			
2	Faktorvarianz	3.727	2	1.863	3.973	.024
	Residualvarianz	26.263	56	.469		
	Gesamt	29.990	58			
3	Faktorvarianz	3.555	1	3.555	7.665	.008
	Residualvarianz	26.435	57	.464		
	Gesamt	29.990	58			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Von den Variablen zeigte sich „Supervisorenbogen\_Flexibilität Bedürfnis“ mit  $T=2,768$  bei  $p<.01$  als einziger signifikanter Einfluss (Tab. 26).

**Tabelle 26**

*Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Supervisorenbogen_ Flexibilität Bedürfnis	.332	.120	.344	2.768	.008	1.021

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Der vierte Faktor „Therapieprozess“ wies Korrelationen mit „Rollenspiel\_StBTh\_pos. Therapiebez“, „FAMOS\_Erniedrigung“, „Supervisorenbogen\_schwieriger Pat.“, „Rollenspiel\_StBTh\_Situation nervös“, „Soziale Wahrnehmung“, „U-Bogen\_nein sagen“, „IIP-64\_selbstunsicher/unterwürfig“, „Kognitive Komplexität“ und „Ambiguitätstoleranz \_Offenheit f. neue Erfahrungen“ auf (Tab. 27).

**Tabelle 27**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „Therapieprozess“*

	$\bar{x}$	SD	N
Faktor Therapieprozess	2.350	.826	38
Rollenspiel_StBTh_pos. Therapiebez	1.526	.797	38
FAMOS_Erniedrigung	45.921	8.358	38
Rollenspiel_StBTh_Situation nervös	.105	1.290	38
Soziale Wahrnehmung	.064	.669	38
Soziale Erwünschtheit	12.447	3.732	38
U-Bogen_nein sagen	18.737	5.239	38
IIP-64_selbstunsicher/unterwürfig	15.079	4.812	38
Kognitive Komplexität	45.914	8.349	38
Ambiguitätstoleranz_Offenheit f. neue Erfahrungen	36.289	2.546	38
Supervisorenbogen_schwieriger Pat.	3.105	1.331	38

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Neben dem Wert für „Soziale Erwünschtheit“, wurden all diese Variablen in die Regressionsrechnung miteinbezogen. Unter diesen Rahmenbedingungen war lediglich mit  $N=38$  zu rechnen, da aufgrund fehlender Werte, lediglich eine solch geringe Datenanzahl verwendet werden konnte. Trotz geringer Teststärke erwies sich das Modell 8 von neun getesteten Modellen mit  $R^2_{\text{Korr}} = .349$  als das Regressionsmodell mit der besten Passung (Tab. 28). Durch dieses Modell konnte 34,9% der Varianz des Faktors 4 aufgeklärt werden. Auch der F-Wert dieses Modells wurde signifikant ( $F=7,612$ ;  $p<.01$ ) (Tab. 29).

**Tabelle 28**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Therapieprozess“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.657	.431	.220	.729
2	.655	.430	.246	.717
3	.654	.428	.270	.706
4	.653	.427	.293	.694
5	.652	.426	.315	.684
6	.650	.422	.332	.675
7	.645	.417	.346	.668
8	.634	.402	.349	.666
9	.595	.354	.317	.682

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ=Standartschätzfehler

**Tabelle 29***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	10.881	10	1.088	2.045	.068
	Residualvarianz	14.365	27	.532		
	Gesamt	25.246	37			
2	Faktorvarianz	10.848	9	1.205	2.344	.041
	Residualvarianz	14.398	28	.514		
	Gesamt	25.246	37			
3	Faktorvarianz	10.807	8	1.351	2.713	.023
	Residualvarianz	14.439	29	.498		
	Gesamt	25.246	37			
4	Faktorvarianz	10.779	7	1.540	3.193	.012
	Residualvarianz	14.466	30	.482		
	Gesamt	25.246	37			
5	Faktorvarianz	10.748	6	1.791	3.830	.006
	Residualvarianz	14.498	31	.468		
	Gesamt	25.246	37			
6	Faktorvarianz	10.657	5	2.131	4.675	.003
	Residualvarianz	14.589	32	.456		
	Gesamt	25.246	37			
7	Faktorvarianz	10.515	4	2.629	5.889	.001
	Residualvarianz	14.730	33	.446		
	Gesamt	25.246	37			
8	Faktorvarianz	10.143	3	3.381	7.612	.001
	Residualvarianz	15.102	34	.444		
	Gesamt	25.246	37			
9	Faktorvarianz	8.946	2	4.473	9.605	.000
	Residualvarianz	16.299	35	.466		
	Gesamt	25.246	37			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Trotz der geringen Teststärke werden die Werte der Sozialen Wahrnehmung mit  $T=2.522$  bei  $p<.05$  und die Patientenvariable „Supervisorenbogen\_schwieriger Pat.“ mit  $T= -2.737$  als hinzuzuziehende Kovariate signifikant (Tab.30).

**Tabelle 30***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Soziale Wahrnehmung	.458	.182	.371	2.522	.017	1.858
Soziale Erwünschtheit	.050	.030	.225	1.642	.110	1.912
Supervisorenbogen_ schwieriger Pat.	-.223	.090	-.359	-2.474	.019	1.536

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Zwischen allen Prädiktoren besteht keine Multikollinearität, was durch den VIF-Wert unter 10 und die Toleranz unter .1 in der Kollinearitätsstatistik nachgewiesen werden konnte.

Werden nun dieses Mehrfaktorenmodell und das Indexmodell gegenübergestellt, erhält man folgende Ergebnisse. In einer multiplen Regressionsanalyse mit rückwärtsgerichteten Elimination mit den zwei unabhängigen Variablen „INK\_Leben auskosten“ sowie „FAMOS\_Bildung“ und „soziale Erwünschtheit“ als Kontrollvariable, können bei N=104 drei Modelle getestet werden (Tab. 31).

**Tabelle 31***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „Therapieerfolg\_Index“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.255	.065	.037	.626
2	.254	.065	.046	.623
3	.205	.042	.033	.628

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

Mit R<sup>2</sup><sub>Korr</sub> =.046, also lediglich 4,6% der Varianzaufklärung des Therapieerfolgs, scheint dieses Modell mit den zwei einzigen Korrelationen mit dem Indexwert Therapieerfolg wesentlich ungenauer zu sein, als das Mehrfaktorenmodell. Zudem werden trotz eines signifikanten F-Wertes von F=3.485 bei p<.05 die einzelnen Indizes des Modells nicht



signifikant (Tab. 32), was die Interpretation des Einflusses konkreter Therapeutenmerkmale, welche prä Weiterbildung eine bestimmte Ausprägung aufweisen, unzulässig macht.

**Tabelle 32**

*Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

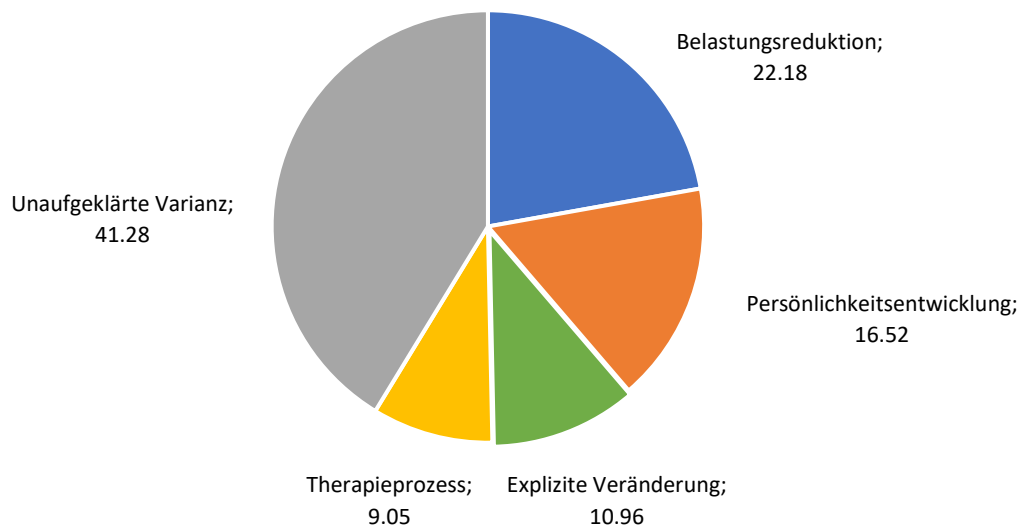
	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten $\beta$	T	p	VIF
	B	$\sigma$				
INK_Leben auskosten	.014	.008	.168	1.692	.094	1.107
FAMOS_Bildung	.013	.008	.154	1.553	.124	1.069

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Der Vorteil des Mehrfaktorenmodells liegt somit darin begründet, dass mit 11,28% mehr als doppelt so viel Varianz aufgeklärt werden kann (Tab. 33 a/b). Des Weiteren können unterschiedliche Therapeutenvariablen zu einem bestimmten Teilbereich des Gesamttherapieerfolges zugeordnet werden (Abb. 9).

**Abbildung 9**

*Varianzanteile der Faktoren von Therapieerfolg*



Anmerkung. Die Abbildung zeigt die Anteile der jeweiligen Faktoren von Therapieerfolg in %. Die aufgeklärte Gesamtvarianz von Therapieerfolg (11,28%) setzt sich aus den addierten Varianzaufklärungen der einzelnen Faktoren in Bezug auf deren Faktorgroße von Therapieerfolg zusammen. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Werte findet sich in Tab. 33 a/b.

**Tabelle 33 a***Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale*

Faktoren	Varianzaufklärung von Therapieerfolg in %	Kumulierte aufgeklärte Varianz von Therapieerfolg in %	Aufgeklärte Faktorvarianz in %	Anteil der aufgeklärten Gesamtvarianz von Therapieerfolg in %
Belastungsreduktion	22.18	22.18	17.90	3.97
Persönlichkeits- entwicklung	16.53	38.71	18.30	3.02
Explizite Veränderung	10.96	49.67	10.30	1.13
Therapieprozess	9.05	58.72	34.90	3.16

**Tabelle 33 b***Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale*

Faktoren	Anteil der kumulierten aufgeklärten Gesamtvarianz von Therapieerfolg in %	Relevante Therapeutenmerkmale prä Weiterbildung	Signifikante kovariate Merkmale
Belastungsreduktion	3.97	Flexibilität auf das Patientenbedürfnis einzugehen	Widerstand auf Patientenseite
Persönlichkeits- entwicklung	7.00	Bildungsmotiv Stabilität und Kongruenz (INK_Leben auskosten, RES_Selbstfürsorge, RES_Wohlbefinden)	Patient schwierig (v.a. interaktionell)
Explizite Veränderung	8.12	Flexibilität auf das Patientenbedürfnis einzugehen	-
Therapieprozess	11.28	Soziale Wahrnehmung	Patient schwierig

#### **6.4 Vertiefende Analyse**

Eine separate Betrachtung der BSI- und IIP-64- Werte mittels Regressionsberechnungen erfolgte nicht, da sämtliche Unterskalen dieser beiden Messmittel Teil der vorangegangenen Berechnungen waren. Die Subskalen sind Teil des Idexitems „Therapieerfolg“ und bilden die Faktoren 1 und 2 der Faktorenanalyse ab, welche bereits ausführlich betrachtet wurden. Da es sich bei dem BSI und dem IIP-64 um indirekte Messmittel handelt, bleibt lediglich noch die Frage nach der Prä-Post-Veränderung zu klären. Es wurde pro unabhängiger Messskala jeweils eine ANOVA berechnet. Sowohl die Subskalenwerte des IIP-64 als auch die Subskalenwerte des BSI veränderten sich im Prä-Post-Vergleich signifikant (Tab. 34). Im weiteren Verlauf der Analysen wurden die indirekten Messmittel BFWE, Famos, RES und INK genauer betrachtet.

**Tabelle 34***ANOVA BSI und IIP64: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	MQ	F	p
BSI_mittlere Belastung_prä	.973	.606	137	1	136	133.910	333.959	.000
BSI_mittlere Belastung_post	.423	.444	137					
BSI_Somatisierung_prä	.746	.724	137	1	136	77.360	132.915	.000
BSI_Somatisierung_post	.317	.516	137					
BSI_Zwanghaftigkeit_prä	1.313	.885	137	1	136	255.671	305.571	.000
BSI_Zwanghaftigkeit_post	.618	.646	137					
BSI_Unsicherheit_prä	1.204	.910	137	1	136	216.840	266.267	.000
BSI_Unsicherheit_post	.575	.618	137					
BSI_Depressivität_prä	1.244	.923	137	1	136	205.701	240.698	.000
BSI_Depressivität_post	.489	.639	137					
BSI_Ängstlichkeit_prä	1.151	.871	137	1	136	174.518	246.193	.000
BSI_Ängstlichkeit_post	.445	.552	137					
BSI_Aggressivität_prä	.899	.649	140	1	139	115.201	291.783	.000
BSI_Aggressivität_post	.384	.439	140					
BSI_phobische_Angst_prä	.666	.869	137	1	136	57.026	87.342	.000
BSI_phobische_Angst_post	.247	.500	137					
BSI_paranoides_Denken_prä	.727	.648	137	1	136	90.189	176.610	.000
BSI_paranoides_Denken_post	.420	.532	137					
BSI_Fremdheit_prä	.828	.712	137	1	136	89.960	180.397	.000
BSI_Fremdheit_post	.318	.462	137					
IIP-64_autokratisch/dominant_prä	6.51	4.962	138	1	137	8.316.033	239.828	.000
IIP-64_autokratisch/dominant_post	4.46	4.145	138					
IIP-64_expressiv/aufdringlich_prä	10.17	5.421	138	1	137	20.505.946	478.543	.000
IIP-64_expressiv/aufdringlich_post	7.07	4.954	138					
IIP-64_fürsorglich/freundlich_prä	14.92	5.753	138	1	137	45.893.047	862.408	.000
IIP-64_fürsorglich/freundlich_post	10.87	6.102	138					
IIP-64_ausnutzbar/nachgiebig_prä	13.96	5.897	138	1	137	41.026.178	806.013	.000
IIP-64_ausnutzbar/nachgiebig_post	10.43	5.663	138					
IIP-64_selbstunsicher/ unterwürfig_prä	15.22	6.807	138	1	137	50.328.004	737.230	.000
IIP-64_selbstunsicher/ unterwürfig_post	11.79	6.710	138					
IIP-64_introvertiert/ sozial_vermeidend_prä	12.65	7.144	138	1	137	31.210.960	380.502	.000
IIP-64_introvertiert/ sozial_vermeidend_post	8.62	6.830	138					
IIP-64_abweisend/kalt_prä	9.23	6.103	138	1	137	18.098.641	291.507	.000
IIP-64_abweisend/kalt_post	6.96	6.172	138					
IIP-64_streitsüchtig/ konkurrierend_prä	7.94	5.226	138	1	137	13.245.449	304.542	.000
IIP-64_streitsüchtig/ konkurrierend_post	5.91	4.907	138					

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße, df=Freiheitsgerade, df<sub>error</sub>= Fehlerfreiheitsgrade MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

### 6.4.1 BFWE

Zunächst wurde unter Nutzung einer ANOVA überprüft, ob eine signifikante Prä-Post-Veränderung mit dem BFWE erfasst werden konnte. Sphärizität der Daten ist laut Mauchly-Test gegeben. Betrachtet man die einzelnen Subskalen des BFWE in paarweisen Vergleichen, so werden bei N=129 signifikante Prä-Post-Veränderungen für jede Subskala identifiziert. (Tab. 35).

**Tabelle 35**

*ANOVA BFWE: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	MQ	F	p
BFWE_Positive	3.810	.832	129					
Lebenseinstellung_prä				1	128	22.683	92.435	.000
BFWE_Positive	4.403	.775	129					
Lebenseinstellung_post				1	128	19.782	55.659	.000
BFWE_Probleme_prä	3.136	.846	129					
BFWE_Probleme_post	2.582	.794	129	1	128	44.788	74.620	.000
BFWE_Körperliche Beschwerden_prä	2.954	1.030	129					
BFWE_Körperliche Beschwerden_post	2.121	.839	129	1	128	40.326	118.620	.000
BFWE_Selbstwert_prä	3.795	.812	129					
BFWE_Selbstwert_post	4.586	.961	129	1	128	41.120	77.654	.000
BFWE_Depressive Stimmung_prä	3.082	1.125	129					
BFWE_Depressive Stimmung_post	2.284	1.025	129	1	128	55.468	98.070	.000
BFWE_Lebensfreude_prä	3.482	1.002	129					
BFWE_Lebensfreude_post	4.409	1.009	129	1	128	36.604	139.337	.000
BFWE_Zufriedenheit_prä	3.759	.814	129					
BFWE_Zufriedenheit_post	4.512	.815	129	1	128	30.517	98.181	.000
BFWE_Negative Befindlichkeit_prä	3.037	.774	129					
BFWE_Negative Befindlichkeit_post	2.349	.700	129	1	128			

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße, df=Freiheitsgrade, df<sub>error</sub>= Fehlerfreiheitsgrade MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Die BFWE-Effekte werden aus der Differenz der Prä-Post-Werte, dividiert durch die Summe der quadrierten Standardabweichungen der Messzeitpunkte, dividiert durch die Anzahl der Messzeitpunkte gebildet. Um zu prüfen, ob ein Indexwert der einzelnen Skalen gebildet werden kann, wurde Cronbachs  $\alpha$  von den Subskalen des BFWE berechnet. Bei Cronbachs  $\alpha > .7$  kann von einer hohen Überschneidung der einzelnen Skalen ausgegangen

werden. Hier liegt Cronbachs  $\alpha$  bei -.229, weswegen im Folgenden nicht mit einem Indexwert, sondern den einzelnen Subskalen gerechnet wird.

**Tabelle 36**

*Korrelationen der BFWE-Effekte je Subskala*

	BFWE_pos_ Lebenseinst.	BFWE_ Probl.	BFWE_ körp_ Besch._	BFWE_ Selbst- wert	BFWE_ depr_ Stim- mung	BFWE_ Lebens- freude_ freude_ freude_	BFWE_ Zufrie- denheit	BFWE_ neg_Bef ind- lichk.
BFWE_pos_ Lebenseinst.	1	-.308	-.363	.594	-.563	.581	.842	-.417
BFWE_Probl.	-.308	1	.291	-.325	.173	-.345	-.347	.737
BFWE_körp_ Besch.	-.363	.291	1	-.428	.347	-.560	-.514	.859
BFWE_Selbst wert	.594	-.325	-.428	1	-.532	.606	.804	-.476
BFWE_depr_ Stimmung	-.563	.173	.347	-.532	1	-.567	-.811	.342
BFWE_Le- bensfr.	.581	-.345	-.560	.606	-.567	1	.839	-.579
BFWE_Zufrie denheit	.842	-.347	-.514	.804	-.811	.839	1	-.548
BFWE_neg_ Befindlichk.	-.417	.737	.859	-.476	.342	-.579	-.548	1

Zudem wurden die Korrelationen zwischen den einzelnen Subskalen auf Basis der BFWE-Effekte analysiert. Auch auf dieser Ebene lassen sich keine Zusammenhänge feststellen (Tab. 36). Werden die BFWE-Effekte mit den Therapeutenvariablen korreliert, lassen sich nachstehende Ergebnisse identifizieren (Tab. 37 a/b/c).

**Tabelle 37 a***Signifikante Korrelationen der BFWE-Effekte mit den Therapeutenvariablen*

		BFWE_pos_ Lebenseinst.	BFWE_ Probl.	BFWE_ körp_ Besch.	BFWE_ Selbst- wert	BFWE_ depr_ Stim- mung	BFWE_ Lebens- freude_	BFWE_ Zufrie- denheit	BFWE_ _neg_ Befind- lichk.
Rollenspiel Th	r	-.099	.099	-.014	-.130	.179*	-.040	-.135	.038
_Pat reaktiv	N	125	125	125	125	125	125	125	125
Rollenspiel Th	r	.182*	-.085	-.122	.190*	-.073	.139	.176*	-.134
_Widerstand Pat	N	125	125	125	125	125	125	125	125
Rollenspiel	r	-.177	.011	.093	-.154	.122	-.181	-.195*	.070
Rating Empathie	N	117	117	117	117	117	117	117	117
PSSI ZW	r	.191*	-.079	-.035	.155	-.155	.075	.175*	-.064
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
NEO									
Verträglichkeit	r	-.074	.068	.178*	-.131	.171	-.112	-.146	.160
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
NEO_Gewissen- haftigkeit	r	.147	-.101	.045	.192*	-.151	.067	.165	-.028
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
U-Bogen	r	-.045	.180*	.048	-.151	.077	-.128	-.117	.138
Fordern	N	129	129	129	129	129	129	129	129
PID									
Intuitätspräferenz	r	-.195*	.031	-.056	-.187*	.090	.031	-.130	-.028
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
IMA_Elternbild	r	-.182*	.077	-.017	-.150	.148	-.009	-.147	.026
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
RES_Wohl- befinden	r	-.029	.150	.103	-.185*	-.037	-.077	-.069	.154
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
RES									
Alltagsunter- stützung	r	.083	-.228**	-.036	.122	.018	-.061	.033	-.141
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
RES_nahe Bez	r	.041	-.191*	-.026	.019	.070	.013	.001	-.113
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
IIP64_autokra- tisch dominant	r	.108	-.199*	-.036	.081	-.064	.093	.106	-.132
	N	129	129	129	129	129	129	129	129
IIP64 streit	r	.132	-.166	-.128	.079	-.075	.146	.134	-.176*
-süchtig	N	129	129	129	129	129	129	129	129

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 37 b***Signifikante Korrelationen der BFWE-Effekte mit den Therapeutenvariablen*

		BFWE_pos_ Lebenseinst.	BFWE_ Probl.	BFWE_ körp_ Besch.	BFWE_ Selbst- wert	BFWE_ depr_ Stim- mung	BFWE_ Lebens- freude_	BFWE_ Zufrie- denheit	BFWE_ _neg_ Befind- lichk.
INK_überlegen-	r	-.022	.213*	.021	-.022	.105	-.193*	-.107	.125
sein	N	129	129	129	129	129	129	129	129
INK_Leben	r	-.171	.033	.115	-.199*	.139	-.180*	-.207*	.098
auskosten	N	129	129	129	129	129	129	129	129
INK Spannungen	r	-.043	.004	.005	-.202*	.115	-.051	-.116	.003
mit anderen	N	129	129	129	129	129	129	129	129
FAMOS_	r	-.257**	.153	.227**	-.169	.019	-.247**	-.213*	.232**
Bildung	N	129	129	129	129	129	129	129	129
FAMOS_sich	r	.189*	-.107	.089	.028	.009	.053	.085	.012
verletzbar	N	129	129	129	129	129	129	129	129
machen	N	129	129	129	129	129	129	129	129
Supervisor_	r	-.407**	.007	.076	-.444**	.435**	-.371**	-.474**	.073
Therap_Bez	N	55	55	55	55	55	55	55	55
Supervisor	r	-.087	.082	.189	-.277*	.303*	-.102	-.213	.202
_Flex._Bed.	N	55	55	55	55	55	55	55	55
Supervisor_	r	-.269*	-.017	.097	-.287*	.271*	-.100	-.261	.081
Umg._m_schw.	N	55	55	55	55	55	55	55	55
Supervisor_Flex.	r	-.175	-.028	.151	-.240	.278*	-.146	-.238	.124
_Behand.plan	N	55	55	55	55	55	55	55	55
Supervisor	r	-.264	-.083	.291*	-.289*	.126	-.248	-.261	.185
_Methodengesch.	N	55	55	55	55	55	55	55	55
Supervisor_	r	-.229	-.132	.203	-.283*	.162	-.153	-.230	.099
Gesamt	N	55	55	55	55	55	55	55	55

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$ 

Mit der ersten Skala des BFWE korrelieren „Rollenspiel\_Th\_Widerstand Pat“, „PSSI\_ZW“, „PID\_Intuitionspräferenz“, „IMA Elternbild“, „FAMOS\_Bildung“, „Supervisorenbogen\_Therapeutische Beziehung“ und „Supervisorenbogen\_Umgang mit schwierigen Fällen“ signifikant.



Diese signifikanten korrelativen Befunde wurden unter Einbezug von „Sozialer Erwünschtheit“ als Kontrollvariable, als unabhängige Variablen in die Regressionsberechnung genommen. Im Falle des BFE-Effekts für „positive Lebenseinstellung“ (positive Zukunftsperspektive und Lebenseinstellung) wurden bei N=52 mit der rückwärtsgerichteten Regressionsberechnung sieben Modelle getestet (Tab 38, Tab. 39).

**Tabelle 38**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFE\_Effekt „positive Lebenseinstellung“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFE_pos_Lebenseinst_Effekt	-.603	.733	52
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat	-.596	1.376	52
PSSI_ZW	47.885	7.881	52
PID_Intuitionspräferenz	3.845	0.465	52
IMA_Elternbild	31.519	9.700	52
Famos_Bildung	54.923	6.865	52
Supervisorenbogen_Therap_Bez	4.654	0.683	52
Supervisorenbogen_Umgang_m_schw.	4.250	0.883	52
Soziale Erwünschtheit	12.462	4.487	52

Anmerkungen.  $\bar{x}$  = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Stichprobengröße

**Tabelle 39**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFE\_Effekt „positive Lebenseinstellung“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>kor</sub>	$\sigma$
1	.563	.317	.190	.651
2	.561	.315	.206	.644
3	.560	.313	.222	.638
4	.558	.311	.236	.632
5	.556	.309	.250	.626
6	.522	.273	.227	.636
7	.482	.232	.201	.647

Anmerkungen. R = Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup> = standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub> = korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$  = Standardstätzfehler

Modell 5 wies mit R<sup>2</sup><sub>Korr</sub> = .250 die höchste Varianzaufklärung auf. F = 5.259 wurde bei p < .01 signifikant (Tab 40). Betrachtet man die relevanten Variablen für dieses Modell, so werden die Supervisoreneinschätzung der therapeutischen Beziehung mit T = 2.891 bei p < .01 und die Subskala „FAMOS\_Bildung“ mit T = 2.025 bei p < .05 signifikant (Tab. 41).

**Tabelle 40***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	SQ	df	MQ	F	p
1 Aufgeklärte Varianz	8.448	8	1.056	2.491	.026
Residualvarianz	18.232	43	.424		
Gesamt	26.680	51			
2 Aufgeklärte Varianz	8.405	7	1.201	2.891	.014
Residualvarianz	18.275	44	.415		
Gesamt	26.680	51			
3 Aufgeklärte Varianz	8.362	6	1.394	3.423	.007
Residualvarianz	18.319	45	.407		
Gesamt	26.680	51			
4 Aufgeklärte Varianz	8.304	5	1.661	4.157	.003
Residualvarianz	18.376	46	.399		
Gesamt	26.680	51			
5 Aufgeklärte Varianz	8.250	4	2.062	5.259	.001
Residualvarianz	18.431	47	.392		
Gesamt	26.680	51			
6 Aufgeklärte Varianz	7.274	3	2.425	5.997	.001
Residualvarianz	19.407	48	.404		
Gesamt	26.680	51			
7 Aufgeklärte Varianz	6.188	2	3.094	7.398	.002
Residualvarianz	20.492	49	.418		
Gesamt	26.680	51			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 41***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$				
Rollenspiel_ThStB_ Widerstand von Pat	.112	.065	.213	1.729	.090	1.183
PID Subskala						
Intuitionspräferenz	.307	.195	.198	1.578	.121	1.276
FAMOS_Bildung	.027	.013	.254	2.025	.049	1.246
Supervisorenbogen: Therap_Bez	.381	.132	.360	2.891	.006	1.705

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Für „BFWE\_Effekt\_Problembewusstheit“ (Sorgen um Eltern, Arbeit, Partnerschaft) wurden ebenfalls Korrelationen mit den Therapeutenvariablen berechnet. Korrelative Befunde liegen für „IIP-64\_autokratisch/ dominant“ (andere kontrollieren, verändern wollen, aggressives Auftreten), „RES\_Alltagsunterstützung“ (Hilfe erfahren, Vertrauen erhalten), „RES\_nahe Beziehungen“ (Ähnlichkeiten zu nahen Personen) und den „U-Fragebogen\_Fordern“ (Unsicher, nicht durchsetzungsfähig, beschwert sich nicht) vor (Tab. 37 a/b). Bei N=129 wurde eine rückwärtsgerichtete Regression mit schrittweisem Fallausschluss berechnet (Tab. 42). Es wurde ein Modell getestet mit einer Varianzaufklärung von  $R^2_{\text{kor}} = 0.165$  (Tab. 43). Das Modell ist mit  $F=06.042$  bei einem Signifikanzniveau von  $p < .01$  signifikant (Tab. 44). Bis auf den IIP-64-Wert zeigten sämtliche einbezogenen Variablen signifikante Zusammenhänge auf die Veränderung der Problembewusstheit bei einem Signifikanzniveau von  $p < .01$  (Tab. 45).

**Tabelle 42**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE\_Effekt „Problembewusstsein“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFWE_Probleme_Effekt	.546	.831	129
IIP64_autokratisch/dominant	4.760	3.605	129
RES_Sub_Alltagsunterst.	1.535	.852	129
RES_nahe_Bez.	1.322	.787	129
U-Bogen_Fordern	34.628	7.854	129
Soziale Erwünschtheit	12.178	4.218	129

Anmerkungen.  $\bar{x}$  = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Stichprobengröße

**Tabelle 43**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE\_Effekt „Problembewusstsein“*

Modell	R	$R^2$	$R^2_{\text{kor}}$	$\sigma$
1	.444	.197	.165	.759

Anmerkungen. R = Regressionskoeffizient,  $R^2$  = standardisierter Regressionskoeffizient,  $R^2_{\text{Korr}}$  = korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$  = Standardstätzfehler

**Tabelle 44***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	SQ	df	MQ	F	p
1 Aufgeklärte Varianz	17.410	5	3.482	6.042	.000
Residualvarianz	70.885	123	.576		
Gesamt	88.295	128			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 45***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$	T		
Soziale Erwünschtheit	-.062	.019	-.317	-3.245	.002	1.462
IIP-64_autokratisch dominant	-.037	.021	-.162	-1.761	.081	1.297
RES_ Alltagsunterst.	-.211	.081	-.217	-2.615	.010	1.053
RES_nahe_Beziehungen	-.287	.101	-.272	-2.848	.005	1.394
U-Bogen_Fordern	.025	.009	.235	2.702	.008	1.163

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Die dritte Skala „BFW\_Effekt\_körperliche Beschwerden“ (z.B. Magenschmerzen, Kopfschmerzen, Müdigkeit) wies Korrelationen mit „NEO\_Verträglichkeit“, „FAMOS\_Bildung“ und der „Supervisoreneinschätzung\_Methodengeschick“ auf (Tab. 37 a/b). Bei N=55 wurde unter Einbezug der „Sozialen Erwünschtheit“ als Kontrollvariable eine rückwärtsgerichtete Regression gerechnet (Tab. 46). Von den vier getesteten Modellen wies Modell 4 die größte Varianzaufklärung von 6,7% auf (Tab 47). F=4.905 wurde bei  $p < .05$  signifikant (Tab. 48) und ist auf die Modellierung der Variable „Supervisorenbogen\_Methodengeschick“ (T=2.215;  $p < .05$ ) zurückzuführen (Tab 49).

**Tabelle 46**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE\_Effekt „körperliche Beschwerden“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFWE_körp_Beschw_Effekt	.599	.922	55
NEO_Verträglichkeit	52.800	7.927	55
FAMOS_Bildung	54.109	7.497	55
Supervisorenbogen_ Methodengeschick	4.236	.902	55
Soziale Erwünschtheit	12.600	4.399	55

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

**Tabelle 47**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE\_Effekt „körperliche Beschwerden“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korr</sub>	$\sigma$
1	.320	.103	.031	.908
2	.320	.102	.049	.899
3	.313	.098	.063	.893
4	.291	.085	.067	.890

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 48**

*ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	SQ	df	MQ	F	p
1 Aufgeklärte Varianz	4.717	4	1.179	1.431	.237
Residualvarianz	41.201	50	.824		
Gesamt	45.918	54			
2 Aufgeklärte Varianz	4.692	3	1.564	1.935	.136
Residualvarianz	41.225	51	.808		
Gesamt	45.918	54			
3 Aufgeklärte Varianz	4.490	2	2.245	2.818	.069
Residualvarianz	41.428	52	.797		
Gesamt	45.918	54			
4 Aufgeklärte Varianz	3.890	1	3.890	4.905	.031
Residualvarianz	42.028	53	.793		
Gesamt	45.918	54			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 49***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Supervisoren- bogen_Metho- dengeschick	.298	.134	.291	2.215	.031	1.167

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor**Tabelle 50***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE\_Effekt „Selbstwert“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFWE_Selbstwert_Effekt	-.857	.781	52
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat	-.596	1.376	52
PID_Intuitionspräferenz	3.845	.465	52
NEO_Gewissenhaftigkeit	130.038	15.422	52
INK_Leben_auskosten	47.846	7.689	52
INK_Spannungen_m_anderen	47.712	9.603	52
Supervisorenbogen_Therap_Bez.	4.654	.683	52
Supervisorenbogen_Flex_Bed.	4.346	.738	52
Supervisorenbogen_ Umgang_m_schwer	4.250	.883	52
Supervisorenbogen_ Methodengeschick	4.308	.875	52
Supervisorenbogen_gesamt	7.385	1.598	52
Soziale Erwünschtheit	12.462	4.487	52

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße**Tabelle 51***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE\_Effekt „Selbstwert“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>kor</sub>	$\sigma$
1	.597	.356	.179	.707
2	.595	.354	.197	.700
3	.594	.352	.214	.692
4	.588	.346	.225	.687
5	.582	.339	.233	.684
6	.571	.327	.237	.682
7	.560	.313	.239	.681
8	.550	.302	.243	.679
9	.526	.276	.231	.684
10	.493	.243	.213	.693

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$  =Standartschätzfehler

**Tabelle 52***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	SQ	df	MQ	F	p
1 Aufgeklärte Varianz	11.061	11	1.006	2.009	.053
Residualvarianz	20.016	40	.500		
Gesamt	31.077	51			
2 Aufgeklärte Varianz	11.013	10	1.101	2.250	.033
Residualvarianz	20.064	41	.489		
Gesamt	31.077	51			
3 Aufgeklärte Varianz	10.950	9	1.217	2.539	.020
Residualvarianz	20.127	42	.479		
Gesamt	31.077	51			
4 Aufgeklärte Varianz	10.763	8	1.345	2.848	.012
Residualvarianz	20.314	43	.472		
Gesamt	31.077	51			
5 Aufgeklärte Varianz	10.520	7	1.503	3.217	.008
Residualvarianz	20.558	44	.467		
Gesamt	31.077	51			
6 Aufgeklärte Varianz	10.149	6	1.692	3.637	.005
Residualvarianz	20.928	45	.465		
Gesamt	31.077	51			
7 Aufgeklärte Varianz	9.740	5	1.948	4.199	.003
Residualvarianz	21.338	46	.464		
Gesamt	31.077	51			
8 Aufgeklärte Varianz	9.391	4	2.348	5.088	.002
Residualvarianz	21.686	47	.461		
Gesamt	31.077	51			
9 Aufgeklärte Varianz	8.592	3	2.864	6.114	.001
Residualvarianz	22.486	48	.468		
Gesamt	31.077	51			
10 Aufgeklärte Varianz	7.566	2	3.783	7.885	.001
Residualvarianz	23.511	49	.480		
Gesamt	31.077	51			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Bezüglich „BFWE\_Effekt\_Selbstwert“ (sich wertvoll fühlen, Dinge meistern, ebenso wie andere Menschen) sind insgesamt zehn Korrelationen zu nennen, welche zugunsten der Lesbarkeit der Tabelle 37 a/b beziehungsweise Tabelle 50 zu entnehmen sind. Bei N=52 wurden bei der rückwärtsgerichteten Regression mit schrittweisem Fallausschluss zehn Modelle getestet (Tab. 51). Modell 8 zeigte bei  $R^2_{\text{kor}}=.243$  und  $F=5.088$  bei  $p<.01$  die höchste

Varianzaufklärung (Tab. 52). Allerdings liegt hier eine eingeschränkte Interpretierbarkeit vor, da bei Betrachtung der einzelnen Einflussvariablen lediglich die Supervisoreneinschätzung der therapeutischen Beziehung mit  $T = -1.996$  marginal signifikant wird (Tab 53).

**Tabelle 53**

*Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$				
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat	.127	.072	.223		1.754	.086	1.531
INK_Spannungen_m_anderen	-.017	.010	-.204		-1.646	.107	1.528
Supervisorenbogen_Therap_Bez.	-.326	.163	-.285		-1.996	.052	1.760
Supervisorenbogen_Flex_Bed.	-.200	.152	-.189		-1.316	.194	2.669

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

„BFWE\_Effekt\_depressive Stimmung“ (Lustlosigkeit, Freud- und Interessenverlust) zeigt neben dem Item „Rollenspiel\_ThStB\_Pat. reaktiv“ lediglich Korrelationen mit im Supervisorenbogen befindlichen Variablen. Zum einen werden korrelative Zusammenhänge mit der Supervisoreneinschätzung der therapeutischen Beziehung und zum anderen der Flexibilität des Therapeuten, auf das jeweils aktuelle Bedürfnis den Patienten einzugehen, gefunden. Außerdem gibt es Korrelationen zwischen „BFWE\_Effekt\_depressive Stimmung“ und der Supervisoreneinschätzung der Flexibilität des Therapeuten, den Behandlungsplan anpassen zu können, sowie der Fähigkeit des Therapeuten mit schwierigen Patienten umgehen zu können (Tab. 37 a/b, Tab. 54). Bei  $N=52$  wurde eine rückwärtsgerichtete Regression gerechnet. Von insgesamt sechs getesteten Modellen erwies sich Modell 3 als aussagekräftigstes (Tab. 55). Mit einer Varianzaufklärung von 18,9% bei  $F=3.975$ ;  $p<.01$  (Tab. 56), wurde aber auch hier lediglich die Supervisoreneinschätzung der therapeutischen Beziehung mit  $T=2.423$  bei  $p<.05$  signifikant (Tab. 57).



**Tabelle 54**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE\_Effekt „depressive Stimmung“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFWE_depr_Stimmung_Effekt	.606	0.905	52
Rollenspiel_ThStB_Pat reaktiv	.462	2.053	52
Supervisorenbogen_Therap. Bez	4.654	.683	52
Supervisorenbogen_Flexibilität Bedürfnis	4.346	.738	52
Supervisorenbogen_Umgang m. schw.	4.250	.883	52
Supervisorenbogen_Flexibilität Behandl.plan	4.558	.608	52
Soziale Erwünschtheit	12.462	4.487	52

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

**Tabelle 55**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE\_Effekt „depressive Stimmung“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.503	.253	.153	.833
2	.503	.253	.172	.824
3	.503	.253	.189	.815
4	.485	.235	.187	.816
5	.455	.207	.175	.822
6	.422	.178	.162	.828

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 56***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	10.558	6	1.760	2.538	.033
	Residualvarianz	31.205	45	.693		
	Gesamt	41.763	51			
2	Aufgeklärte Varianz	10.558	5	2.112	3.113	.017
	Residualvarianz	31.205	46	.678		
	Gesamt	41.763	51			
3	Aufgeklärte Varianz	10.556	4	2.639	3.975	.007
	Residualvarianz	31.207	47	.664		
	Gesamt	41.763	51			
4	Aufgeklärte Varianz	9.809	3	3.270	4.911	.005
	Residualvarianz	31.954	48	.666		
	Gesamt	41.763	51			
5	Aufgeklärte Varianz	8.658	2	4.329	6.407	.003
	Residualvarianz	33.105	49	.676		
	Gesamt	41.763	51			
6	Aufgeklärte Varianz	7.446	1	7.446	10.848	.002
	Residualvarianz	34.317	50	.686		
	Gesamt	41.763	51			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 57***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$	T		
Rollenspiel_ ThStB_Pat reaktiv	.089	.058	.203	1.548	.128	1.250
Supervisorenbogen_ Therap. Bez	.497	.205	.375	2.423	.019	1.621
Supervisorenbogen_ Flexibilität Bedürfnis	.386	.224	.315	1.726	.091	2.548
Supervisorenbogen_ Umgang m. schw.	-.217	.204	-.211	-1.061	.294	2.657

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Die empfundene Lebensfreude wurde mit der folgenden Skala des BFE erfasst. Korrelative Befunde fanden sich mit „INK\_Leben auskosten“, „FAMOS\_Bildung“ und der Variable „Supervisorenbogen\_Therapeutische Beziehung“ (Tab. 37 a/b, Tab. 58). Mit Einbezug der Kontrollvariable „Soziale Erwünschtheit“ wurde eine rückwärtsgerichtete Regression mit diesen Variablen berechnet. Bei N=55 schrittweisem Ausschluss wurden drei Modelle getestet, von denen das dritte Modell mit  $R^2_{\text{kor}}=.159$  die größte Varianzaufklärung lieferte (Tab. 59).  $F=6.093$  wurde bei  $p<.01$  signifikant (Tab. 60). Die im Modell enthaltene Variablen „FAMOS\_ Bildung“ ( $T=1.830$ ;  $p<.08$ ) wurde nur marginal signifikant, während die „Supervisorenbogen\_Therapeutische Beziehung“ mit  $T=2.971$  bei  $p<.01$  hochsignifikant wurde (Tab. 61).

**Tabelle 58**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFE\_Effekt „Lebensfreude“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFE_Lebensfreude_Effekt	-.857	.984	55
INK_Lebenauskosten	47.636	7.524	55
FAMOS_Bildung	54.109	7.497	55
Supervisorenbogen_Therap. Bez.	4.618	.680	55
Soziale Erwünschtheit	12.600	4.399	55

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

**Tabelle 59**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFE\_Effekt „Lebensfreude“*

Modell	R	$R^2$	$R^2_{\text{kor}}$	$\sigma$
1	.439	.193	.129	.918
2	.439	.193	.145	.909
3	.436	.190	.159	.902

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient,  $R^2$ = standardisierter Regressionskoeffizient,  $R^2_{\text{kor}}$ =korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 60***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	10.089	4	2.522	2.992	.027
	Residualvarianz	42.154	50	.843		
	Gesamt	52.243	54			
2	Aufgeklärte Varianz	10.078	3	3.359	4.063	.012
	Residualvarianz	42.165	51	.827		
	Gesamt	52.243	54			
3	Aufgeklärte Varianz	9.918	2	4.959	6.093	.004
	Residualvarianz	42.325	52	.814		
	Gesamt	52.243	54			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 61***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten			
	B	$\sigma$	$\beta$	T	p	VIF
FAMOS_Bildung	-.030	.016	-.228	-1.830	.073	1.075
Supervisorenbogen_ Therap. Bez.	-.536	.181	-.371	-2.971	.004	1.031

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Die empfundene Zufriedenheit, welche mit der folgenden Subskala des BFW-E gemessen wurde, korrelierte mit insgesamt vier Therapeutenvariablen. In die Regression mit einbezogen wurden die Variablen „Rollenspiel\_ThStB\_Widerstand“, „INK\_Leben auskosten“, „FAMOS\_Bildung“ und „Supervisorenbogen\_Therapeutische Beziehung“ (Tab. 37 a/b, Tab 62). Bei N= 52 erwies sich von fünf getesteten Modellen, Modell 3 als jenes mit der größten Varianzaufklärung (Tab. 63). Mit  $R^2_{\text{kor}}=.241$  und  $F=6.384$  bei  $p<.01$  (Tab. 64), zeigte lediglich die Variable „Supervisorenbogen\_Therapeutische Beziehung“ einen signifikanten Einfluss im Modell ( $T=3.611$ ;  $p<.01$ ) (Tab. 65).

**Tabelle 62***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE\_Effekt „Zufriedenheit“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFWE_Zufriedenheit_Effekt	-.826	.821	52
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat	-.596	1.376	52
INK_Leben auskosten	47.846	7.689	52
FAMOS_Bildung	54.923	6.865	52
Supervisorenbgng_Therap. Bez.	4.654	.683	52
Soziale Erwünschtheit	12.462	4.487	52

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße**Tabelle 63***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE\_Effekt „Zufriedenheit“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korrr</sub>	$\sigma$
1	.549	.302	.226	0.723
2	.548	.301	.241	0.715
3	.534	.285	.241	0.716
4	.497	.247	.217	0.727
5	.458	.210	.194	0.737

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler**Tabelle 64***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	SQ	df	MQ	F	p
1 Aufgeklärte Varianz	10.389	5	2.078	3.979	.004
Residualvarianz	24.021	46	.522		
Gesamt	34.411	51			
2 Aufgeklärte Varianz	10.352	4	2.588	5.056	.002
Residualvarianz	24.059	47	.512		
Gesamt	34.411	51			
3 Aufgeklärte Varianz	9.814	3	3.271	6.384	.001
Residualvarianz	24.597	48	.512		
Gesamt	34.411	51			
4 Aufgeklärte Varianz	8.516	2	4.258	8.057	.001
Residualvarianz	25.895	49	.528		
Gesamt	34.411	51			
5 Aufgeklärte Varianz	7.223	1	7.223	13.284	.001
Residualvarianz	27.188	50	.544		
Gesamt	34.411	51			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 65***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten			
	B	$\sigma$	$\beta$	T	p	VIF
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat	.118	.074	.197	1.592	.118	1.171
FAMOS_Bildung	-.024	.015	-.199	-1.621	.112	1.105
Supervisorenbogen_Therap. Bez	-.540	.150	-.449	-3.611	.001	1.045

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Die letzte Subskala des BFWE beschreibt die negative Befindlichkeit des Patienten. Korrelationen wurden zu „PSSI\_ZW“ und „FAMOS\_Bildung“ gefunden (Tab. 37 a/b, Tab. 66). Mit „Sozialer Erwünschtheit“ als integrierter Kontrollvariable wurden mittels rückwärtsgerichteter Regression drei Modelle getestet (Tab. 67). Das dritte Modell wies eine Varianzaufklärung von 4,6% bei  $F=7,212$ ;  $p<.01$  und  $N=129$  aus (Tab. 68). Dieses Modell benennt lediglich „FAMOS\_Bildung“ als signifikanten Einflussfaktor ( $T=2.686$ ,  $p<.01$ ) auf die Prä-Post-Veränderung bei BFWE-negative Befindlichkeit (Tab. 69).

**Tabelle 66***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE\_Effekt „negative Befindlichkeit“*

	$\bar{x}$	SD	N
BFWE_neg_Befindlichkeit_Effekt	.749	.858	129
PSSI_ZW	46.054	7.447	129
FAMOS_Bildung	52.891	7.273	129
Soziale Erwünschtheit	12.178	4.218	129

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

**Tabelle 67***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE\_Effekt „negative Befindlichkeit“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>kor</sub>	$\sigma$
1	.240	.057	.035	.843
2	.238	.057	.042	.840
3	.232	.054	.046	.838

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 68***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	SQ	df	MQ	F	p
1 Aufgeklärte Varianz	5.418	3	1.806	2.539	.060
Residualvarianz	88.892	125	.711		
Gesamt	94.310	128			
2 Aufgeklärte Varianz	5.336	2	2.668	3.778	.025
Residualvarianz	88.974	126	.706		
Gesamt	94.310	128			
3 Aufgeklärte Varianz	5.068	1	5.068	7.212	.008
Residualvarianz	89.242	127	.703		
Gesamt	94.310	128			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 69***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
FAMOS_Bildung	.027	.010	.232	2.686	.008	1.004

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Sämtliche Effektskalen des BFWE- korrelieren hoch mit dem Indexitem „Therapieerfolg“, weswegen davon auszugehen ist, dass das mit dem BFWE erfasste „Wohlbefinden“ auch Teil des Therapieerfolges ist. Die eben aufgeführten Varianzaufklärungen sind also nicht als zusätzliche Varianzaufklärung zu interpretieren, da BFWE-Effekte hoch mit Faktor 1 und Faktor 2 der durchgeführten Faktorenanalyse korrelieren (Tab. 70).

**Tabelle 70**

*Korrelationen der Subskaleneffekte des BFE mit dem Indexwert von Therapieerfolg und dessen Faktoren*

		Therapieerfolg (Index)	Faktor Belastungs-red.	Faktor Persönlich-keitsentw.	Faktor expl. Veränd.	Faktor Therapie-prozess
BFE_pos.	r	-.586**	-.585**	-.534**	.032	-.228**
Lebenseinst_Effekt	N	100	128	128	125	128
BFE_Probleme_Effekt	r	.343**	.440**	.320**	-.009	.161
	N	100	128	128	125	128
BFE_körp.	r	.384**	.469**	.295**	.133	.146
Beschw_Effekt	N	100	128	128	125	128
BFE_Selbstwert_Effekt	r	-.604**	-.565**	-.565**	-.106	-.154
	N	100	128	128	125	128
BFE_depr.	r	.447**	.486**	.376**	.102	.190*
Stimmung_Effekt	N	100	128	128	125	128
BFE_Lebensfreude_Effekt	r	-.582**	-.601**	-.455**	-.148	-.143
	N	100	128	128	125	128
BFE_Zufriedenheit_Effekt	r	-.666**	-.679**	-.582**	-.094	-.219*
	N	100	128	128	125	128
BFE_neg.	r	.474**	.564**	.379**	.095	.189*
Befindlichkeit_Effekt	N	100	128	128	125	128

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Um zu eruieren, ob eine weitere Varianzaufklärung im Bereich des Therapieerfolges möglich ist, wird im Anschluss an die Betrachtung von INK, Famos und RES eine weitere Faktorenanalyse durchgeführt. In dieser Faktorenanalyse sollen die signifikant mit Therapieerfolg“ korrelierenden Variablen aus INK, Famos, RES, BFE und den Stundenbögen, zusätzlich zu den Subskalen des Indexitems hinzugezogen werden, um -im Folgenden als Finalfaktoren bezeichnete- Faktoren zu generieren, welche sämtliche in der Studie enthaltenen Patientenvariablen abbilden, deren Veränderung innerhalb der Therapie einen Zusammenhang oder Einfluss mit beziehungsweise auf Therapieerfolg aufweisen.



#### **6.4.2 RES**

Im Folgenden werden die Analysen des RES der Patienten dargestellt. Zunächst wurde unter Nutzung einer ANOVA überprüft, ob eine signifikante Prä-Post-Veränderung vorlag. Sphärizität der Daten ist laut Mauchly-Test gegeben. Betrachtet man die einzelnen Subskalen des RES in paarweisen Vergleichen, so werden bei signifikante Prä-Post-Veränderungen für jede Subskala außer der Subskala „Alltagsunterstützung“ identifiziert (Tab. 71). Aufgrund einzelner fehlender Werte variiert die Stichprobengröße bei den Skalen zwischen 132 und 136 Personen. Die RES-Effekte, werden ebenso wie die BFWE-Effekte, aus der Differenz der Prä-Post-Werte, dividiert durch die Summe der quadrierten Standardabweichungen der Messzeitpunkte, dividiert durch die Anzahl der Messzeitpunkte, gebildet.

**Tabelle 71***ANOVA RES: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

RES_Subskala	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	SQ	F	p
RES_Wohlbefinden_prä	2.824	1.227	134	1	133	60.420	70.848	.000
RES_Wohlbefinden_post	18.750	1.091	134					
RES_Selbstwert_prä	3.127	1.214	134	1	133	74.816	85.262	.000
RES_Selbstwert_post	2.080	1.050	134					
RES_Stärken_prä	2.646	1.242	135	1	134	16.464	25.727	.000
RES_Stärken_post	2.153	1.161	135					
RES_Sinnfindung_prä	2.910	1.198	134	1	133	25.028	41.737	.000
RES_Sinnfindung_post	2.299	.932	134					
RES_Alltagsunterstützung_prä	1.925	1.401	134	1	133	.196	.177	.674
RES_Alltagsunterstützung_post	1.979	.986	134					
RES_Nahe Beziehungen_prä	1.901	1.163	132	1	131	7.085	9.440	.003
RES_Nahe Beziehungen_post	1.573	1.081	132					
RES_Stressbewältigung_prä	2.915	1.199	135	1	134	65.420	85.591	.000
RES_Stressbewältigung_post	1.930	.932	135					
RES_Bew. früherer Krisen_prä	2.707	1.033	135	1	134	43.480	68.565	.000
RES_Bew. früherer Krisen_post	1.904	1.001	135					
RES_Leistungserleben_prä	2.918	1.121	135	1	134	57.901	84.577	.000
RES_Leistungserleben_post	1.992	.921	135					
RES_Selbstfürsorge_prä	2.744	1.074	136	1	135	43.225	71.687	.000
RES_Selbstfürsorge_post	1.947	.959	136					
RES_aktuelle Bindung_prä	2.238	1.143	135	1	134	22.533	36.068	.000
RES_aktuelle Bindung_post	1.661	1.004	135					
RES_emotionales coping_prä	2.882	1.505	132	1	131	88.670	57.839	.000
RES_emotionales coping_post	1.723	1.254	132					

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Um zu prüfen, ob ein Indexwert der einzelnen Skalen gebildet werden kann, wurde nach Überprüfung bestehender korrelativer Zusammenhänge (Tab. 72 a/b), Cronbachs  $\alpha$  berechnet.

**Tabelle 72 a***Korrelationen der RES-Effekte je Subskala*

	RES_ Wohlbefinden .	RES_ Selbstwert	RES_ Stärken	RES_ Sinn- findung	RES_ Alltags- unterst.	RES_ nahe_Bez .
RES_Wohlbefinden	1	.410**	.219*	.366**	.181*	.083
RES_Selbstwert	.410**	1	.379**	.618**	.205*	.233**
RES_Stärken	.219*	.379**	1	.389**	.308**	.096
RES_Sinnfindung	.366**	.618**	.389**	1	.095	.174*
RES_Alltagsunterst.	.181*	.205*	.308**	.095	1	.321**
RES_nahe_Bez.	.083	.233**	.096	.174*	.321**	1
RES_Stressbew.	.453**	.585**	.451**	.435**	.146	.062
RES_Bew. früherer Krisen	.300**	.233**	.183*	.306**	.020	.190*
RES_Leistungs- erleben	.420**	.916**	.436**	.790**	.155	.209*
RES_Selbstfürsorge	.824**	.498**	.359**	.449**	.150	.174*
RES_aktuelle Bindung	.357**	.364**	.206*	.337**	.315**	.868**
RES_emo.coping	.353**	.496**	.351**	.355**	.103	.060

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 72 b***Korrelationen der RES-Effekte je Subskala*

	RES_ Stressbew.	RES_Bew. früherer Krisen	RES_ Leistungs- erleben	RES_ Selbst- fürsorge	RES_akt. Bindung	RES_ emo.coping
RES_Wohlbefinden	.453**	.300**	.420**	.824**	.357**	.353**
RES_Selbstwert	.585**	.233**	.916**	.498**	.364**	.496**
RES_Stärken	.451**	.183*	.436**	.359**	.206*	.351**
RES_Sinnfindung	.435**	.306**	.790**	.449**	.337**	.355**
RES_Alltagsunterst.	.146	.020	.155	.150	.315**	.103
RES_nahe_Bez.	.062	.190*	.209*	.174*	.868**	.060
RES_Stressbew.	1	.312**	.695**	.632**	.239**	.836**
RES_Bew. früherer Krisen	.312**	1	.323**	.440**	.250**	.211*
RES_Leistungserleben	.695**	.323**	1	.525**	.372**	.557**
RES_Selbstfürsorge	.632**	.440**	.525**	1	.357**	.389**
RES_aktuelle Bindung	.239**	.250**	.372**	.357**	1	.183*
RES_emo.coping	.836**	.211*	.557**	.389**	.183*	1

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Bei vorliegender interner Konsistenz von Cronbachs  $\alpha > .7$  kann von einer hohen Überschneidung der einzelnen Skalen ausgegangen werden. Hier liegt Cronbachs  $\alpha$  bei .851, weswegen im Folgenden nicht mit den einzelnen Subskalen, sondern dem gebildeten Index gerechnet wird. Der Index wird aus dem Mittelwert der RES-Effekte gebildet. Die signifikanten korrelativen Befunde des RES-Index mit den Therapeutenvariablen sind in Tabelle 73 abgetragen.

**Tabelle 73***Signifikante Korrelationen des „RES-Effekt-Index“ und Therapeutenvariablen*

	RES_Index	
RES_Index	r	1
	N	136
Rollenspiel_Kompetenz	r	.204*
	N	124
Rollenspiel_ThStB_pos. Therapiebez.	r	.193*
	N	132
Rollenspiel_ThStB_Pat interakt. schw.	r	-.207*
	N	132
PSSI_ST	r	.184*
	N	136
IMA_soz. Konflikte	r	.194*
	N	136
FAMOS_Glaube	r	.233**
	N	136
Supervisorenbogen_Therap. Bez.	r	.527**
	N	56
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	r	.362**
	N	56
Supervisorenbogen_Umgang m. schw.	r	.361**
	N	56
Supervisorenbogen_Flex. Behand.plan	r	.437**
	N	56
Supervisorenbogen_Offenheit Kritik	r	.351**
	N	55
Supervisorenbogen_Methodengeschick	r	.318*
	N	56
Supervisorenbogen_gesamt	r	.304*
	N	56

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Mit diesen 13 Variablen und der Kontrollvariable „Soziale Erwünschtheit“ wurde eine rückwärtsgerichtete Regression mit Schrittweise Fallausschluss und  $N=50$  gerechnet (Tab. 74). Elf unterschiedliche Modelle wurden getestet. Modell 10 klärt mit  $R^2_{\text{kor}}=.370$  den größten Anteil der Varianz auf (Tab. 75).  $F=6.746$  wird bei  $p < .01$  signifikant (Tab. 76). Diese 37.0% Varianzaufklärung des RES-Index beruht auf der Signifikanz der Supervisorenbewertung der therapeutischen Beziehung mit  $T=3.486$ ,  $p < .01$  und der ausgeprägten Therapeutenkompetenz

vor der Beginn der Weiterbildung ( $T=2.170$ ,  $p<.05$ ), welche via Verhaltensbeobachtung im Videorating erhoben wurde. Diese Ergebnisse sind aber mit Hinblick auf einen signifikanten Wert von sozial-erwünschten Aussagen nur eingeschränkt interpretierbar (Tab. 77).

**Tabelle 74**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „RES\_Effekt-Index“*

	$\bar{x}$	SD	N
RES_Index	.608	.647	50
Rollenspiel_Kompetenz	74.660	18.736	50
Rollenspiel_ThStB_pos. Therapiebez.	1.280	1.031	50
Rollenspiel_ThStB_Pat interakt. schw.	-.380	1.441	50
PSSI_ST	47.240	8.782	50
IMA_soiz. Konflikte	19.140	4.725	50
FAMOS_Glaube	50.680	7.372	50
Supervisorenbogen_Therap. Bez.	4.640	0.693	50
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	4.380	0.725	50
Supervisorenbogen_Umgang m. schw.	4.300	.909	50
Supervisorenbogen_Flex. Behand.plan	4.580	.642	50
Supervisorenbogen_Offenheit Kritik	4.700	.863	50
Supervisorenbogen_Methodengeschick	4.360	.898	50
Supervisorenbogen_gesamt	7.480	1.657	50
Soziale Erwünschtheit	12.880	4.255	50

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

**Tabelle 75**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „RES\_Effekt\_Index“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>korrr</sub>	$\sigma$
1	.680	.463	.248	.561
2	.680	.463	.268	.553
3	.679	.461	.287	.547
4	.678	.460	.304	.540
5	.676	.457	.318	.534
6	.675	.456	.333	.528
7	.673	.453	.346	.523
8	.673	.452	.361	.517
9	.665	.442	.365	.516
10	.659	.434	.370	.514
11	.640	.410	.357	.519

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 76***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	9.499	14	.679	2.153	.033
	Residualvarianz	11.029	35	.315		
	Gesamt	20.528	49			
2	Aufgeklärte Varianz	9.495	13	.730	2.383	.020
	Residualvarianz	11.034	36	.306		
	Gesamt	20.528	49			
3	Aufgeklärte Varianz	9.473	12	.789	2.642	.012
	Residualvarianz	11.055	37	.299		
	Gesamt	20.528	49			
4	Aufgeklärte Varianz	9.445	11	.859	2.944	.007
	Residualvarianz	11.083	38	.292		
	Gesamt	20.528	49			
5	Aufgeklärte Varianz	9.386	10	.939	3.285	.004
	Residualvarianz	11.142	39	.286		
	Gesamt	20.528	49			
6	Aufgeklärte Varianz	9.352	9	1.039	3.719	.002
	Residualvarianz	11.176	40	.279		
	Gesamt	20.528	49			
7	Aufgeklärte Varianz	9.299	8	1.162	4.244	.001
	Residualvarianz	11.229	41	.274		
	Gesamt	20.528	49			
8	Aufgeklärte Varianz	9.287	7	1.327	4.957	.000
	Residualvarianz	11.241	42	.268		
	Gesamt	20.528	49			
9	Aufgeklärte Varianz	9.081	6	1.514	5.685	.000
	Residualvarianz	11.447	43	.266		
	Gesamt	20.528	49			
10	Aufgeklärte Varianz	8.908	5	1.782	6.746	.000
	Residualvarianz	11.620	44	.264		
	Gesamt	20.528	49			
11	Aufgeklärte Varianz	8.413	4	2.103	7.812	.000
	Residualvarianz	12.115	45	.269		
	Gesamt	20.528	49			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 77***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Rollenspiel_Kompetenz	.009	.004	.268	2.170	.035	2.088
FAMOS_Glaube	.023	.012	.267	1.944	.058	2.795
Supervisorenbogen_Therap. Bez.	.453	.130	.485	3.486	.001	2.492
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	.164	.120	.184	1.369	.178	2.861
Soziale Erwünschtheit	-.054	.021	-.353	-2.599	.013	3.950

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Zudem ist auch hier davon auszugehen, dass aufgrund der hohen korrelativen Überlappung des RES-Index mit „Therapieerfolg“ die Varianzaufklärung ebenfalls mit den vier Faktoren für Therapieerfolg überlappt (Tab. 78). RES-Index wird daher ebenfalls als zusätzliche Variable in der weiterführenden Faktorenanalyse berücksichtigt, um zu überprüfen, ob zusätzliche Varianz durch hinzunehmen des Ressourcenfaktors aufgeklärt werden kann.

**Tabelle 78***Korrelationen von „RES\_Effekt\_Index“ mit dem Indexwert von Therapieerfolg und dessen Faktoren*

		Therapieerfolg _Index	Faktor Belastungs- -red.	Faktor Persönlich- keitsentw.	Faktor expl. Veränd.	Faktor Therapie- prozess
RES_Index	r	.538**	.523**	.491**	.070	.130
	N	103	134	134	132	135

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$



### 6.4.3 FAMOS und INK

Nun folgen die Analysen des Famos und des INK. Zunächst wurde unter Nutzung einer ANOVA überprüft, ob eine signifikante Prä-Post-Veränderung vorlag. Sphärizität der Daten ist laut Mauchly-Test sowohl beim FAMOS, als auch beim INK gegeben. Betrachtet man die einzelnen Subskalen des FAMOS in paarweisen Vergleichen, so werden bei 12 Subskalen des FAMOS signifikante Prä-Post-Veränderungen identifiziert und für 13 Subskalen keine signifikanten Prä-Post-Unterschiede identifiziert. (Tab. 79 a/b). Laut Tabelle 79 a/b wird auch keine Veränderung für den Index-Wert „FAMOS\_Annäherungsziele“ identifiziert. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass beide Messinstrumente neben den differenzierten Subskalen auch Indexwerte, welche die Annäherungsziele und Vermeidungsziele jeweils summativ betrachten, enthalten. Der Index-Wert „FAMOS\_ Vermeidungsziele“ weist laut ANOVA signifikante Veränderungen im Prä-Post-Vergleich auf.

**Tabelle 79 a**

*ANOVA FAMOS: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

FAMOS Subskala	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	SQ	F	p
FAMOS_Bindung_prä	4.110	.698	138	1	137	.001	.005	.943
FAMOS_Bindung_post	4.114	.612	138					
FAMOS_Geselligkeit_prä	3.121	.843	138	1	137	.327	1.215	.272
FAMOS_Geselligkeit_post	3.053	.831	138					
FAMOS_Anderen helfen_prä	3.712	.715	138	1	137	.218	.865	.346
FAMOS_Anderen helfen_post	3.656	.707	138					
FAMOS_Hilfe bekommen_prä	3.467	.719	138	1	137	.327	1.529	.218
FAMOS_Hilfe bekommen_post	3.399	.735	138					
FAMOS_Anerkennung_prä	4.040	.591	138	1	137	1.308	10.311	.002
FAMOS_Anerkennung_post	3.902	.665	138					
FAMOS_Überlegensein_prä	2.745	.748	138	1	137	1.110	4.814	.030
FAMOS_Überlegensein_post	2.618	.780	138					
FAMOS_Autonomie_prä	4.168	.523	138	1	137	.110	.696	.406
FAMOS_Autonomie_post	4.208	.527	138					
FAMOS_Leistung_prä	3.855	.646	138	1	137	.381	2.137	.146
FAMOS_Leistung_post	3.781	.619	138					
FAMOS_Kontrolle_prä	4.033	.650	138	1	137	.636	3.263	.073
FAMOS_Kontrolle_post	3.937	.611	138					

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße, df=Freiheitsgerade, df<sub>error</sub>= Fehlerfreiheitsgrade MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 79 b***ANOVA FAMOS: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

FAMOS Subskala	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	SQ	F	p
FAMOS_Bildung_prä	3.795	.607	138	1	137	.013	.093	.760
FAMOS_Bildung_post	3.781	.584	138					
FAMOS_Glauben_prä	3.330	.774	138	1	137	.018	.112	.739
FAMOS_Glauben_post	3.346	.714	138					
FAMOS_Leben auskosten_prä	3.862	.749	138	1	137	.007	.044	.834
FAMOS_Leben auskosten_post	3.872	.750	138					
FAMOS_Selbstvertrauen_prä	4.225	.559	138	1	137	.178	1.223	.271
FAMOS_Selbstvertrauen_post	4.275	.517	138					
FAMOS_Selbstbeleohnung_prä	3.877	.650	138	1	137	2.264	11.163	.001
FAMOS_Selbstbeleohnung_post	4.058	.612	138					
FAMOS_Alleinsein_prä	3.919	.718	138	1	137	4.438	20.923	.000
FAMOS_Alleinsein_post	3.665	.731	138					
FAMOS_Geringschätzung_prä	3.825	.619	138	1	137	1.575	8.716	.004
FAMOS_Geringschätzung_post	3.674	.643	138					
FAMOS_Erniedrigung_prä	3.299	.809	138	1	137	1.917	7.877	.006
FAMOS_Erniedrigung_post	3.132	.856	138					
FAMOS_Vorwürfe_prä	3.623	.663	138	1	137	4.271	17.206	.000
FAMOS_Vorwürfe_post	3.374	.732	138					
FAMOS_Abhängigkeit_prä	3.901	.626	138	1	137	.004	.019	.892
FAMOS_Abhängigkeit_post	3.909	.611	138					
FAMOS_Spannungen m. anderen_prä	3.658	.656	138	1	137	1.378	8.252	.005
FAMOS_Spannungen m. anderen_post	3.516	.683	138					
FAMOS_s. verletztbar m._prä	2.727	.741	138	1	137	1.262	3.925	.050
FAMOS_s. verletztbar m._post	2.592	.811	138					
FAMOS_Hilflosigkeit_prä	3.882	.611	138	1	137	7.337	39.263	.000
FAMOS_Hilflosigkeit_post	3.556	.624	138					
FAMOS_Versagen_prä	3.962	.638	138	1	137	4.147	20.794	.000
FAMOS_Versagen_post	3.717	.656	138					
FAMOS_Annäherungsziele_prä	3.745	.381	138	1	137	.049	.846	.359
FAMOS_Annäherungsziele_post	3.718	.371	138					
FAMOS_Vermeidungsziele_prä	3.688	.428	138	1	137	1.996	22.303	.000
FAMOS_Vermeidungsziele_post	3.517	.486	138					

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße, df=Freiheitsgerade, df<sub>error</sub>= Fehlerfreiheitsgrade MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Durch Berechnung der internen Konsistenz mit Cronbachs  $\alpha$  wird überprüft, ob ein Indexwert der Vermeidungssubskalen, welche eine signifikante Prä-Post-Differenz aufweisen,

reliabel ist und zur weiteren Analyse dienen kann. Es zeigt sich ein Cronbach  $\alpha$  von .849, weswegen im Folgenden das neu gebildete Indexitem „FAMOS\_Vermeidung\_Index“ verwendet werden kann. Im Falle der drei Annäherungsmotive, welche eine signifikante Prä-Post-Differenz aufweisen, kann kein Index gebildet werden, da Cronbachs  $\alpha$  hier bei .446 liegt. Die Korrelationen unter den relevanten Subskalen des FAMOS sind in Tabelle 80 a/b abgetragen.

**Tabelle 80 a**

*Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung*

		FAMOS_ Anerken- nung	FAMOS_ Überle- gensein	FAMOS_ Selbstbe- lohnung	FAMOS_ Allein- sein	FAMOS_ Gering- schätzung	FAMOS_ Ernie- drigung	FAMOS_ Vor- würfe
FAMOS_Anerkennung	r	1	.425**	.129	.441**	.403**	.374**	.402**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Überlegensein	r	.425**	1	.080	.175*	.433**	.279**	.449**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Selbstbelohnung	r	.129	.080	1	.087	.038	-.010	.005
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Alleinsein	r	.441**	.175*	.087	1	.461**	.403**	.401**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Geringschätzung	r	.403**	.433**	.038	.461**	1	.460**	.471**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Erniedrigung	r	.374**	.279**	-.010	.403**	.460**	1	.547**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Vorwürfe	r	.402**	.449**	.005	.401**	.471**	.547**	1
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Spannungen m. anderen	r	.350**	.196*	-.097	.383**	.328**	.496**	.367**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_s. verletzbar m.	r	.184*	.322**	-.052	.252**	.381**	.381**	.523**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Hilflosigkeit	r	.237**	.173*	.009	.445**	.376**	.334**	.313**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Versagen	r	.370**	.410**	-.008	.397**	.590**	.500**	.529**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Vermeidung	r	.474**	.431**	.023	.688**	.747**	.737**	.668**
	N	138	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Vermeidung_Index	r	.478**	.453**	.012	.663**	.747**	.712**	.764**
	N	138	138	138	138	138	138	138

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 80 b***Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung*

		FAMOS_ Spannun- gen m. anderen	FAMOS_ s.verletz- bar m.	FAMOS_ Hilflosig- keit	FAMOS_ Versagen	FAMOS_ Vermei- dung	FAMOS_ Vermeidu ng_Index
FAMOS_Anerkennung	r	.350**	.184*	.237**	.370**	.474**	.478**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Überlegensein	r	.196*	.322**	.173*	.410**	.431**	.453**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Selbstbelohnung	r	-.097	-.052	.009	-.008	.023	.012
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Alleinsein	r	.383**	.252**	.445**	.397**	.688**	.663**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Geringschätzung	r	.328**	.381**	.376**	.590**	.747**	.747**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Erniedrigung	r	.496**	.381**	.334**	.500**	.737**	.712**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Vorwürfe	r	.367**	.523**	.313**	.529**	.668**	.764**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Spannungen m. anderen	r	1	.212*	.389**	.433**	.589**	.517**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_s. verletzbar m.	r	.212*	1	.342**	.433**	.591**	.678**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Hilflosigkeit	r	.389**	.342**	1	.423**	.646**	.650**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Versagen	r	.433**	.433**	.423**	1	.769**	.777**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Vermeidung	r	.589**	.591**	.646**	.769**	1	.967**
	N	138	138	138	138	138	138
FAMOS_Vermeidung_Index	r	.517**	.678**	.650**	.777**	.967**	1
	N	138	138	138	138	138	138

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$ 

Werden die Unterskalen des FAMOS, welche signifikante Prä-Post-Effekte aufweisen mit Therapeutenvariablen korreliert, entsteht das in Tabelle 81 a/b gezeigte Bild.

**Tabelle 81 a**

Signifikante Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung und den  
Therapeutenvariablen

		FAMOS_ Anerkennung	FAMOS_ Überlegensein	FAMOS_ Selbstbelohnung	FAMOS_ Vermeidung_Index
Kognitive Komplexität	r	.204*	.162	-.073	.087
	N	122	122	122	122
Rollenspiel_Pat_StB_ Stärken fördern	r	-.217*	-.259**	.051	-.122
	N	134	134	134	134
Rollenspiel_Pat_StB_ Interesse Wohlergehen	r	-.147	-.289**	.037	-.347**
	N	134	134	134	134
Rollenspiel_Pat_StB_ Selbstwert stärken	r	-.169	-.190*	-.052	-.054
	N	134	134	134	134
NEO_Extraversion	r	.165	.117	-.121	.184*
	N	138	138	138	138
U-Bogen_Fordern	r	-.122	-.197*	-.005	-.002
	N	138	138	138	138
U-Bogen_nein sagen	r	-.104	-.209*	.012	-.135
	N	138	138	138	138
U-Bogen_Schuldgefühle	r	-.193*	-.135	-.014	-.055
	N	138	138	138	138
U-Bogen_Normabhängigkeit	r	-.036	-.180*	.045	-.056
	N	138	138	138	138
PID_Deliberationspräferenz	r	.113	.180*	.029	.156
	N	138	138	138	138
IMA_ soz. Konflikte	r	.082	.115	-.217*	-.017
	N	138	138	138	138
IMA_Stereotypen	r	-.176*	-.086	-.123	-.052
	N	138	138	138	138
RES_Selbstwerterleben	r	-.186*	-.190*	.075	-.109
	N	138	138	138	138
RES_Stärken	r	-.127	-.171*	.076	-.242**
	N	138	138	138	138
RES_Leistungserleben	r	-.179*	-.212*	.146	-.092
	N	138	138	138	138
RES_Selbstfürsorge	r	.053	.092	-.038	.209*
	N	138	138	138	138
IIP_64_selbstunsicher	r	-.035	-.178*	.097	-.129
	N	138	138	138	138

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 81 b**

Signifikante Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung und den  
Therapeutenvariablen

		FAMOS_ Anerkennung	FAMOS_ Überlegensein	FAMOS_ Selbstbelohnung	FAMOS_ Vermeidung_Index
INK_Leistung	r	-.057	-.103	.083	-.178*
	N	138	138	138	138
INK_s. verletzbar m.	r	.085	.190*	.124	.037
	N	138	138	138	138
INK_Hilflosigkeit	r	.177*	.111	.062	.037
	N	138	138	138	138
FAMOS_Autonomie	r	-.189*	-.067	-.009	-.061
	N	138	138	138	138
FAMOS_Hilflosigkeit	r	.120	.119	-.103	.297**
	N	138	138	138	138
FAMOS_Versagen	r	.141	.222**	-.094	.200*
	N	138	138	138	138
Supervisorenbogen_ Pat. schwierig	r	.076	-.102	-.290*	0.043
	N	47	47	47	47
Supervisorenbogen_ Offenheit Kritik	r	-.237	-.332*	-.012	-.101
	N	54	54	54	54

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Mit „FAMOS\_Anerkennung“ (Wunsch akzeptiert, geachtet und respektiert zu werden) korrelieren acht Therapeutenvariablen (Tab. 81 a/b). Bei N=122 wurde unter Einbezug dieser eine rückwärtsgerichtete Regression mit schrittweisem Fallausschluss für die Veränderung der Variable „FAMOS\_Anerkennung“ gerechnet. Als unabhängige Variablen gingen die Therapeutenvariablen mit ein, welche zuvor eine signifikante Korrelation der abhängigen FAMOS-Variable aufwiesen (Tab. 82).

**Tabelle 82***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „FAMOS\_Anerkennung“*

	$\bar{x}$	SD	N
FAMOS_Anerkennung	.171	.657	122
Kognitive Komplexität	49.936	10.237	122
U-Bogen_Schuldgefühle	5.189	3.491	122
IMA_Stereotypen	39.852	5.184	122
RES_Selbstwerterleben	2.648	.932	122
RES_Sub_Leistungserleben_Mittelwert	1.752	.511	122
INK_Hilflosigkeit	49.992	9.002	122
FAMOS_Autonomie	51.631	5.810	122
Soziale Erwünschtheit	11.992	4.380	122

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Von fünf getesteten Modellen, wies Modell 4 die höchste Varianzaufklärung von  $R^2_{\text{Korr}} = .179$  auf (Tab. 83). „F=6.291 bei  $p < .01$  wurde signifikant (Tab. 84), sodass insgesamt 17,9% der Varianzaufklärung dieser Variable auf folgende Therapeutenvariablen zurückzuführen sind: „Kognitive Komplexität“ (Repertory Grid Technique) ( $T = 2.705$ ,  $p < .05$ ), „U-Bogen\_Schuldgefühle“ (Schuldgefühle oder anderen etwas auszuschlagen wird vermieden) ( $T = -2.609$ ,  $p < .01$ ), „INK\_Hilflosigkeit (ich machtlos, ausgeliefert fühlen) ( $T = .030$ ,  $p < .05$ ) und „FAMOS\_Autonomie“ (selbstbestimmt, eigenständig sein) ( $T = -2.761$ ,  $p < .01$ ) (Tab. 85).

**Tabelle 83***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „FAMOS\_Anerkennung“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.468	.219	.164	.601
2	.468	.219	.171	.598
3	.468	.219	.178	.595
4	.462	.213	.179	.595
5	.446	.199	.172	.598

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 84***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	11.430	8	1.429	3.962	.000
	Residualvarianz	40.752	113	.361		
	Gesamt	52.182	121			
2	Aufgeklärte Varianz	11.430	7	1.633	4.568	.000
	Residualvarianz	40.752	114	.357		
	Gesamt	52.182	121			
3	Aufgeklärte Varianz	11.415	6	1.903	5.367	.000
	Residualvarianz	40.767	115	.354		
	Gesamt	52.182	121			
4	Aufgeklärte Varianz	11.131	5	2.226	6.291	.000
	Residualvarianz	41.051	116	.354		
	Gesamt	52.182	121			
5	Aufgeklärte Varianz	10.402	4	2.601	7.283	.000
	Residualvarianz	41.780	117	.357		
	Gesamt	52.182	121			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 85***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten			
	B	$\sigma$	$\beta$	T	p	VIF
Kognitive Komplexität	.014	.005	.226	2.705	.008	1.065
U-Bogen_Schuldgefühle	-.043	.016	-.227	-2.609	.010	1.288
RES_Selbstwerterleben	-.087	.060	-.123	-1.435	.154	5.485
INK_Hilflosigkeit	.014	.006	.185	2.193	.030	1.110
FAMOS_Autonomie	-.027	.010	-.240	-2.761	.007	1.241

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Mit „FAMOS\_Vermeidung\_Index“ korrelieren sieben Therapeutenvariablen, wie Sie in Tabelle 81 a/b abgetragen sind. Bei N=134 wurde eine rückwärtsgerichtete Regression mit schrittweisem Fallausschluss für die Veränderung der Variable „FAMOS\_Vermeidung\_Index“ gerechnet (Tab. 86).



**Tabelle 86***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „FAMOS\_Vermeidung\_Index“*

	$\bar{x}$	SD	N
FAMOS_Vermeidung_Index	.269	.568	134
Rollenspiel_PSt_Interesse	1.493	1.102	134
Wohlergehen			
RES_Stärken	1.639	.861	134
RES_Selbstfürsorge	1.825	.740	134
INK_Leistung	46.612	7.860	134
FAMOS_Hilflosigkeit	49.940	8.781	134
FAMOS_Versagen	53.761	8.456	134
NEO_Extraversion	59.567	7.191	134
Soziale Erwünschtheit	12.172	4.277	134

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Von fünf getesteten Modellen, wies Modell 4 die höchste Varianzaufklärung von  $R^2_{\text{Korr}}=.194$  auf (Tab. 87).

**Tabelle 87***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „FAMOS\_Vermeidung\_Index“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.475	.226	.176	.515
2	.475	.226	.183	.513
3	.474	.225	.188	.512
4	.473	.224	.194	.510
5	.460	.212	.187	.512

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

F=7.392 bei  $p<.01$  wurde signifikant (Tab. 88), sodass insgesamt 19,4% der Varianz der Veränderung der Vermeidungsmotive auf die Therapeutenvariablen „Rollenspiel \_Interesse am Wohlergehen“ (T=-2.987,  $p<.05$ ) und „NEO \_Extraversion“ (selbstbewusst sein) (T=2.001,  $p<.05$ ) zurückzuführen sind (Tab. 89).

**Tabelle 88***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

M Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	9.685	8	1.211	4.559	.000
	Residualvarianz	33.194	125	.266		
	Gesamt	42.879	133			
2	Aufgeklärte Varianz	9.682	7	1.383	5.250	.000
	Residualvarianz	33.197	126	.263		
	Gesamt	42.879	133			
3	Aufgeklärte Varianz	9.644	6	1.607	6.142	.000
	Residualvarianz	33.234	127	.262		
	Gesamt	42.879	133			
4	Aufgeklärte Varianz	9.607	5	1.921	7.392	.000
	Residualvarianz	33.272	128	.260		
	Gesamt	42.879	133			
5	Aufgeklärte Varianz	9.078	4	2.269	8.661	.000
	Residualvarianz	33.801	129	.262		
	Gesamt	42.879	133			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 89***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Rollenspiel_PStB_Interesse Wohlergehen	-.129	.043	-.251	-2.987	.003	1.306
RES_Stärken	-.101	.053	-.154	-1.896	.060	2.125
RES_Selbstfürsorge	.113	.067	.147	1.678	.096	1.680
FAMOS_Hilflosigkeit	.008	.006	.125	1.427	.156	1.419
NEO_Extraversion	.014	.007	.175	2.001	.047	1.298

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

**Tabelle 90**

*Korrelationen der signifikanten Prä-Post-Veränderungen der FAMOS\_Subskalen und dem Indexwert von Therapieerfolg sowie mit dessen Faktoren*

		Therapieerfolg (Index)	Faktor Belastungs- red.	Faktor Persönlich- keitsentw.	Faktor expl. Veränd.	Faktor Therapie- prozess
FAMOS_Anerkennung	r	.233*	.190*	.163	.084	-.058
	N	104	137	137	137	134
FAMOS_Überlegensein	r	.289	.149	.138	.066	-.065
	N	104	137	137	137	134
FAMOS_Selbstbelohnung	r	-.147	-.109	-.096	-.131	-.160
	N	104	137	137	137	134
FAMOS_Vermeidung_Index	r	.357**	.418**	.400**	.160	-.036
	N	104	137	137	137	134

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Von den FAMOS\_Effekten, welche eine signifikante Prä-Post-Veränderung auswiesen, korrelieren lediglich zwei mit Therapieerfolg und einigen Faktoren signifikant, „FAMOS\_Anerkennung“ sowie der neue „FAMOS\_Vermeidung\_Index“ (Tab. 90). Wie auch zuvor bei RES und beim BFE werden nur die Variablen, welche mit Therapieerfolg signifikant korrelieren, in die rückwärtsgerichtete Regressionsberechnung mit einbezogen, daher wird auf eine Regressionsberechnung mit den abhängigen Variablen „FAMOS\_Selbstbelohnung“ und „FAMOS\_Überlegensein“ verzichtet. Aufgrund der bestehenden Korrelation zwischen dem Vermeidungsindex sowie der Variable „FAMOS\_Anerkennung“ und den Faktoren von Therapieerfolg ist nicht davon auszugehen, dass ein neuer Faktorenbereich aufgeklärt wird, sondern auch hier eine Überlappung zwischen bereits aufgeklärter Varianz und der Varianz, welche auf die Variation der Vermeidungsmotive und des Anerkennungsmotives der Patienten zurückgeht, vorliegt. Die Interpretation dieser 14,4% ist somit nicht uneingeschränkt möglich. Um Überschneidung der Varianzaufklärung zu klären, werden auch diese Variablen in die finale Faktorenanalyse aufgenommen.

Im Falle des INK lassen sich Prä-Post- Veränderungen bei paarweisen Vergleichen auf allen Skalen identifizieren (Tab. 91 a/b).

**Tabelle 91 a**

*ANOVA INK: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

INK Subskala	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	SQ	F	p
INK_Bindung_prä	3.020	1.234	135					
INK_Bindung_post	2.564	1.290	135	1	134	14.008	19.956	.000
INK_Geselligkeit_prä	2.978	1.164	135					
INK_Geselligkeit_post	2.383	1.073	135	1	134	23.852	46.118	.000
INK_anderen helfen_prä	2.757	.777	135					
INK_anderen helfen_post	2.354	.720	135	1	134	11.001	26.207	.000
INK_Hilfe bekommen_prä	2.693	.728	135					
INK_Hilfe bekommen_post	2.250	.769	135	1	134	13.222	44.931	.000
INK_Anerkennung_prä	2.552	.867	135					
INK_Anerkennung_post	2.052	.753	135	1	134	16.875	38.489	.000
INK_Überlegensein_prä	3.100	.956	135					
INK_Überlegensein_post	2.500	.864	135	1	134	24.300	40.506	.000
INK_Autonomie_prä	2.694	.882	135					
INK_Autonomie_post	1.976	.780	135	1	134	34.848	78.777	.000
INK_Leistung_prä	3.069	.943	135					
INK_Leistung_post	2.239	.829	135	1	134	46.528	102.217	.000
INK_Kontrolle_prä	3.261	.880	135					
INK_Kontrolle_post	2.126	.704	135	1	134	86.984	167.144	.000
INK_Bildung_prä	2.824	.790	135					
INK_Bildung_post	2.243	.738	135	1	134	22.823	55.553	.000
INK_Glauben_prä	3.022	.916	135					
INK_Glauben_post	2.343	.745	135	1	134	31.121	65.270	.000
INK_Leben auskosten_prä	3.342	.992	135					
INK_Leben auskosten_post	2.344	.914	135	1	134	67.300	113.838	.000
INK_Selbstvertrauen_prä	3.537	.982	135					
INK_Selbstvertrauen_post	2.228	.808	135	1	134	115.706	191.236	.000
INK_Selbstbelohnung_prä	3.217	.953	135					
INK_Selbstbelohnung_post	2.314	.849	135	1	134	55.126	90.345	.000

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße, df=Freiheitsgrade, df<sub>error</sub>= Fehlerfreiheitsgrade MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 91 b***ANOVA INK: Prä-Post-Vergleiche je Subskala*

INK Subskala	$\bar{x}$	SD	N	df	df <sub>error</sub>	SQ	F	p
INK_Alleinsein_prä	2.470	.980	135	1	134	17.126	47.697	.000
INK_Alleinsein_post	1.966	.827	135	1	134	16.280	36.588	.000
INK_Geringschätzung_prä	2.187	.944	135	1	134	7.837	25.551	.000
INK_Geringschätzung_post	1.696	.699	135	1	134	16.137	28.883	.000
INK_Erniedrigung_prä	1.857	.791	135	1	134	24.420	63.937	.000
INK_Erniedrigung_post	1.517	.639	135	1	134	52.448	101.779	.000
INK_Vorwürfe_prä	2.365	1.019	135	1	134	100.528	159.176	.000
INK_Vorwürfe_post	1.877	.784	135	1	134	50.484	83.467	.000
INK_Abhängigkeit_prä	2.382	.908	135	1	134	35.263	158.215	.000
INK_Abhängigkeit_post	1.781	.769	135	1	134	27.616	134.109	.000
INK_Spannungen m. anderen_prä	2.209	.971	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Spannungen m. anderen_post	1.739	.714	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_s. verletzbar m._prä	3.501	.830	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_s. verletzbar m._post	2.620	.834	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Hilflosigkeit_prä	3.224	1.028	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Hilflosigkeit_post	2.004	.859	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Versagen_prä	2.730	1.027	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Versagen_post	1.865	.884	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Inkongruenz Annäherungsziele_prä	3.008	.630	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Inkongruenz Annäherungsziele_post	2.285	.620	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Inkongruenz Vermeidungsziele_prä	2.510	.666	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Inkongruenz Vermeidungsziele_post	1.870	.584	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Gesamtinkongruenz_prä	2.811	.587	135	1	134	32.116	177.045	.000
INK_Gesamtinkongruenz_post	2.122	.558	135	1	134	32.116	177.045	.000

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße, df=Freiheitsgrade, df<sub>error</sub>= Fehlerfreiheitsgrade MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Neben den Items zur Erfassung der Inkongruenz der Annäherungs- und Vermeidungsziele, verfügt der INK zusätzlich noch über ein Gesamtitem. In den durchgeführten Berechnungen mittels ANOVA wurden über alle Subskalen des INK signifikante Prä-Post-Veränderungen identifiziert (Tab 95 a/b). Daher wurde mit den Effekten der Indexwerte von INK\_Annäherungsziele und INK\_Vermeidungsziele weitergerechnet. Die Gültigkeit der Verwendung der Indexwerte ist durch die Berechnung der internen Konsistenz

mit Cronbachs  $\alpha$  von  $<.7$  bei für jede Index-Skala überprüft worden. Cronbachs  $\alpha$  für die Annäherungsziele liegt bei  $\alpha=.908$ . Cronbachs  $\alpha$  für die Vermeidungsziele liegt bei  $\alpha=.849$ .

Für die beiden ausgewählten Index-Effekt-Werte des INK wurden ebenfalls die signifikanten Korrelationen mit Therapeutenvariablen berechnet (Tab. 92).

**Tabelle 92**

*Signifikante Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung und den Therapeutenvariablen*

		INK_ Annäherungsziele	INK_ Vermeidungsziele
Rollenspiel_ThStB_	r	-.187*	-.138
Widerstand Pat.	N	131	131
PSSI_NA	r	.229**	.116
	N	135	135
PID_Intuitionspräferenz	r	.187*	.135
	N	135	135
IMA_Elternbild	r	.201*	.203*
	N	135	135
IIP64_autokratisch/dominant	r	-.123	-.189*
	N	135	135
INK_Leben auskosten	r	.181*	.123
	N	135	135
FAMOS_Bildung	r	.188*	.226**
	N	135	135
Supervisorenbogen_Therap.	r	.374**	.048
Bez.	N	56	56
Supervisorenbogen_Flex.	r	.345**	.180
Bedürfnis	N	56	56

Anmerkung. \* signifikant  $p<.05$ ; \*\* signifikant  $p<.01$

Die jeweils signifikanten Korrelationen mit den abhängigen Variablen „INK-Annäherungsziele“ und „INK\_Vermeidungsziele“ wurden mit der Kontrollvariable „Soziale Erwünschtheit“ als unabhängige Variablen in jeweils eine rückwärtsgerichtete Regression mit hineingenommen. Bei  $N=53$  (Tab. 93) wurden sieben Modelle mit der AV „INK\_Annäherungsziele“ getestet. Das fünfte Modell wies mit  $R^2_{\text{Korr}}=.279$  die höchste Varianzaufklärung auf (Tab. 94). Mit  $F=5.033$  (Tab. 95) wurde das Modell mit den Variablen

„Rollenspiel\_Widerstand Patient“ ( $T=-2.407$ ,  $p<.05$ ) und „Supervisorenbogen \_Flexibilität Bedürfnis“ ( $T=2.252$ ,  $p<.05$ ) signifikant (Tab. 96).

**Tabelle 93**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „INK\_Annäherungsziele“*

	$\bar{x}$	SD	N
INK_Annäherungsziele	.911	.866	53
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat	-.585	1.365	53
PSSI_NA	50.321	7.403	53
PID_Intuitionspräferenz	3.852	.464	53
IMA_Elternbild	31.660	9.661	53
INK_Leben auskosten	47.849	7.614	53
FAMOS_Bildung	54.717	6.962	53
Supervisorenbogen_Therap. Bez.	4.679	.701	53
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	4.358	.736	53
Soziale Erwünschtheit	12.528	4.470	53

Anmerkungen.  $\bar{x}$  = Mittelwert, SD = Standardabweichung, N = Stichprobengröße

**Tabelle 94**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „INK\_Annäherungsziele“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.595	.355	.220	.765
2	.595	.354	.237	.756
3	.594	.353	.252	.749
4	.592	.350	.265	.742
5	.591	.349	.279	.735
6	.574	.329	.273	.738
7	.543	.295	.252	.749

Anmerkungen. R = Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup> = standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub> = korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$  = Standardstätzfehler

**Tabelle 95***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	13.827	9	1.536	2.625	.016
	Residualvarianz	25.166	43	.585		
	Gesamt	38.993	52			
2	Aufgeklärte Varianz	13.815	8	1.727	3.018	.009
	Residualvarianz	25.179	44	.572		
	Gesamt	38.993	52			
3	Aufgeklärte Varianz	13.762	7	1.966	3.506	.004
	Residualvarianz	25.231	45	.561		
	Gesamt	38.993	52			
4	Aufgeklärte Varianz	13.650	6	2.275	4.129	.002
	Residualvarianz	25.343	46	.551		
	Gesamt	38.993	52			
5	Aufgeklärte Varianz	13.597	5	2.719	5.033	.001
	Residualvarianz	25.396	47	.540		
	Gesamt	38.993	52			
6	Aufgeklärte Varianz	12.827	4	3.207	5.883	.001
	Residualvarianz	26.166	48	.545		
	Gesamt	38.993	52			
7	Aufgeklärte Varianz	11.497	3	3.832	6.829	.001
	Residualvarianz	27.496	49	.561		
	Gesamt	38.993	52			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 96***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Rollenspiel_ThStB_Widerstand Pat.	-.186	.077	-.293	-2.407	.020	1.262
PSSI_NA	.022	.014	.186	1.525	.134	1.388
FAMOS_Bildung	.028	.015	.224	1.880	.066	1.211
Supervisorenbogen_Therap. Bez.	.206	.173	.167	1.194	.239	1.472
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	.374	.166	.318	2.252	.029	1.486

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor



Betrachtet man nun „INK\_Vermeidungsziele“, so kann eine rückwärtsgerichtete Regression mit N=135 mit drei zuvor selektierten Therapeutenvariablen und der Kontrollvariable „Soziale Erwünschtheit“ durchgeführt werden (Tab. 97).

**Tabelle 97**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „INK\_Vermeidungsziele“*

	$\bar{x}$	SD	N
INK_Vermeidungsziele	.817	.819	135
IMA_Elternbild	33.444	8.740	135
IIP64_autokratisch/dominant	4.659	3.591	135
FAMOS_Bildung	53.000	7.619	135
Soziale Erwünschtheit	12.259	4.283	135

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Es wurden zwei Regressionsmodelle getestet, von denen das zweite Modell die größte Varianzaufklärung aufweist ( $R^2_{\text{Korr}}=.093$ ) (Tab. 98). Der F-Wert ist mit 5.574 signifikant geworden (Tab. 99).

**Tabelle 98**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „INK\_Vermeidungsziele“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.337	.114	.086	.783
2	.336	.113	.093	.780

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

**Tabelle 99**

*ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell		SQ	df	MQ	F	p
1	Aufgeklärte Varianz	10.232	4	2.558	4.172	.003
	Residualvarianz	79.717	130	.613		
	Gesamt	89.950	134			
2	Aufgeklärte Varianz	10.182	3	3.394	5.574	.001
	Residualvarianz	79.767	131	.609		
	Gesamt	89.950	134			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Die einzelnen Modellindizes „Ambiguitätstoleranz\_Elternbild“ ( $T=2.380$ ,  $p<.05$ ) und „FAMOS\_Bildung“ ( $T=2.368$ ,  $p<.05$ ) werden signifikant, woraus zu schließen ist, dass diese Therapeutenvariablen einen Zusammenhang mit der Varianzaufklärung der Variable „INK\_Vermeidungsziele“ aufweisen (Tab. 100). Auch diese beiden Variablen werden in die zweite Faktorenanalyse einbezogen, um zu prüfen, ob diese den Anteil aufgeklärter Varianz erhöhen können.

**Tabelle 100**

*Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
IMA_Elternbild	.018	.008	.196	2.380	.019	1.024
IIP64_autokratisch/dominant	-.035	.019	-.153	- 1.833	.069	1.275
FAMOS_Bildung	.021	.009	.198	2.368	.019	1.029

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

#### **6.4.4 Stundenbögen**

Zunächst wurden die Korrelationen zwischen den Mittelwerten der einzelnen Subskalen der Therapeutenstundenbögen und der Patientenstundenbögen berechnet (Tab. 101 a/b). Insgesamt lässt sich eine hohe korrelative Überlappung zwischen den Items identifizieren.

**Tabelle 101 a***Korrelationen der Mittelwerte der Therapeutenstundenbögen und der Mittelwerte der Patientenstundenbögen*

		PStB_ Kontrolle	PStB_ Selbstwert	PStB_ aufgehoben	PStB_pos. therap. Bez.	PStB_ Problemakt.
ThStB_Ressourcen- aktivierung	r	.153*	.184**	.120	.143*	-.043
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Therap. Bez.	r	.287**	.435**	.416**	.381**	.103
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Offenheit	r	.248**	.374**	.379**	.338**	.160*
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Anstrengung	r	.350**	.440**	.410**	.398**	.118
	N	197	197	197	197	197
ThStB_Problema- ktualisierung	r	.209**	.239**	.184**	.225**	.222**
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Problem- bewältigung	r	.202**	.240**	.167*	.227**	.012
	N	197	197	197	197	197
ThStB_pos_Klärung	r	.206**	.187**	.140*	.198**	-.021
	N	197	197	197	197	197
ThStB_Therapie- fortschritt	r	.270**	.398**	.316**	.357**	.164*
	N	198	198	198	198	198
ThStB_interakt. Perspektive	r	.316**	.229**	.197**	.245**	.222**
	N	198	198	198	198	198
ThStB_interakt. Schwierig	r	-.062	-.164*	-.194**	-.145*	.057
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Realitätsbezug	r	.028	.064	.082	-.011	.038
	N	198	198	198	198	198

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 101 b***Korrelationen der Mittelwerte der Therapeutenstundenbögen und der Mittelwerte der Patientenstundenbögen*

		PStB_ Problembew.	PStB_ pos. Klärung	PStB_ Therapie- fortschritt	PStB_ Therapie- bez.	PStB_ Bindung
ThStB_Ressourcenaktivierung	r	.099	.088	.108	.162*	.100
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Therap. Bez.	r	.374**	.389**	.424**	.459**	.376**
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Offenheit	r	.381**	.428**	.439**	.433**	.339**
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Anstrengung	r	.330**	.362**	.388**	.443**	.405**
	N	197	197	197	197	197
ThStB_Problemaktualisierung	r	.082	.259**	.204**	.249**	.175*
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Problembewältigung	r	.129	.182*	.185**	.239**	.138
	N	197	197	197	197	197
ThStB_pos_Klärung	r	.089	.140	.125	.196**	.118
	N	197	197	197	197	197
ThStB_Therapiefortschritt	r	.335**	.366**	.396**	.405**	.283**
	N	198	198	198	198	198
ThStB_interakt. Perspektive	r	.196**	.349**	.283**	.256**	.178*
	N	198	198	198	198	198
ThStB_interakt. Schwierig	r	-.164*	-.115	-.137	-.184**	-.169*
	N	198	198	198	198	198
ThStB_Realitätsbezug	r	.063	.074	.067	.021	.086
	N	198	198	198	198	198

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$ 

Für die Mittelwerte der Subskalen der Stundenbögen von Therapeutenseite und der Stundenbögen von Patientenseite wurden dann Korrelationen mit Therapeutenvariablen berechnet. Aufgrund der Fülle der Korrelationen, befindet sich diese Tabelle in Anhang 7.

Korrelationen zwischen den Mittelwerten der Stundenbögen und dem Index für Therapieerfolg und dessen Faktoren zeigen, dass sowohl die Stundenbögen der Patienten, als auch die der Therapeuten über sämtliche Subskalen, ausgenommen „ThStB\_Realitätsbezug“, hinweg hoch mit dem Faktor 4 „Therapieprozess“ korrelieren (Tab. 102, Tab. 103)). Dieser Faktor basiert auf den Subskalen „Therapiebeziehung“ und „Therapiefortschritt“ der Stundenbögen der beiden Protagonisten. Es wird somit nicht nur eine hohe korrelative

Überlappung der Stundenbogen-Items, sondern auch eine hohe Korrelation mit einem von vier Faktoren deutlich. „Therapieprozess“ stellt den in der Faktorenanalyse berechneten kleinsten der vier Faktoren dar. Korrelative Zusammenhänge mit dem Indexwert von Therapieerfolg gibt es nur mit der Problembewältigungsskala des Patientenbogens ( $r=.203$ ,  $p<.05$ ) sowie folgenden Skalen des Therapeutenstundenbogens: „ThStB-Offenheit“ mit  $r=.215$  bei  $p<.05$ , „ThStB\_Anstrengung“ mit  $r=.282$  bei  $p<.01$ , ThStB\_Therapiebeziehung mit  $r=.275$  bei  $p<.01$  und „ThStB\_Therapiefortschritt“ mit  $.247$  bei  $p<.05$ .

**Tabelle 102**

*Korrelationen der Mittelwerte der Patientenstundenbögen mit dem Index für Therapieerfolg und dessen Faktoren*

		Faktor 1_ Belastungs- reduktion	Faktor 2_ Persönlich- keits- entwicklung	Faktor 3_ explizite Veränderung	Faktor 4_ Therapie- prozess	Therapieerfolg_ Index
PStB_Kontrolle	r	.024	.125	.188*	.608**	.009
	N	134	133	136	207	104
PStB_Selbstwert	r	-.054	.063	.166	.777**	.069
	N	134	133	136	207	104
PStB_aufgehoben sein	r	-.155	-.036	.214*	.686**	.000
	N	134	133	136	207	104
PStB_pos. Therapiebez.	r	-.072	.045	.208*	.754**	.021
	N	134	133	136	207	104
PStB_Problemakt.	r	-.094	.040	.032	.282**	.080
	N	134	133	136	207	104
PStB_Problembew.	r	.122	.173*	.197*	.598**	.203*
	N	134	133	136	207	104
PStB_pos. Klärung	r	.051	.165	.262**	.733**	.149
	N	134	133	136	207	104
PStB_Therapiefort.	r	-.027	.123	.234**	.802**	.101
	N	134	133	136	207	104
PStB_Therapiebez	r	-.084	.068	.300**	.829**	.060
	N	134	133	136	207	104
PStB_Bindung	r	-.168	-.054	.174*	.631**	-.009
	N	134	133	136	207	104

Anmerkung. \* signifikant  $p<.05$ ; \*\* signifikant  $p<.01$

**Tabelle 103**

Korrelationen der Mittelwerte der Therapeutenstundenbögen mit dem Index für Therapieerfolg und dessen Faktoren

		Faktor 1_ Belastungs- reduktion	Faktor 2_ Persönlich- keits- entwicklung	Faktor 3_ explizite Veränderung	Faktor 4_ Therapie- prozess	Therapieerfolg_ Index
ThStB_Ressourcenakt.	r	.132	.144	-.078	.438**	.160
	N	130	129	132	212	104
ThStB_Therapiebez.	r	.065	.230**	.027	.859**	.275**
	N	130	129	132	212	104
ThStB_Offenheit	r	.056	.158	.047	.685**	.215*
	N	130	129	132	212	104
ThStB_Anstrengung	r	.103	.222*	.035	.653**	.282**
	N	130	129	132	211	104
ThStB_Problemakt.	r	-.066	.022	-.074	.417**	.004
	N	130	129	132	212	104
ThStB_Problembew.	r	.094	.078	-.112	.501**	.074
	N	130	129	132	211	104
ThStB_pos. Klärung	r	.076	.068	-.112	.433**	.094
	N	130	129	132	211	104
ThStB_Therapiefort.	r	.069	.198*	-.025	.824**	.247*
	N	130	129	132	212	104
ThStB_interakt. Persp.	r	.113	.040	.053	.391**	.184
	N	130	129	132	212	104
ThStB_interakt. Schw.	r	.170	.075	.069	-.284**	.094
	N	130	129	132	212	104
ThStB_Realitätsbezug	r	-.019	.118	-.165	.131	.109
	N	130	129	132	212	104

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Um die Fülle der Korrelationen, welche in Anhang 6 zu finden sind, zu filtern, wurde im nächsten Schritt nur die Stundenbogen-Skalen in eine Regression miteinbezogen, welche auch eine direkte Korrelation mit „Therapieerfolg\_Index“ aufwiesen. Da „ThStB\_Therapiebeziehung“ und „ThSTB\_Therapiefortschritt“ bereits Teil des Faktors 4 Therapieprozess sind und bereits zur Index-Bildung herangezogen wurden, wird auf eine separate rückwärtsgerichtete Regression verzichtet. Eine erneute Berechnung einzelner

Regressionen würde lediglich zu einer Alphafehlerkumulierung und nicht zu mehr Varianzaufklärung führen.

Berechnet man nun eine rückwärtsgerichtete Regression mit der Variable „PStB\_Problembewältigung“ des Patientenstundenbogens und den entsprechenden korrelationsrelevanten Therapeutenvariablen als mögliche unabhängige Variablen, erhält man folgendes Bild: Bei N=83 wurden elf Regressionsmodelle getestet (Tab. 104).

**Tabelle 104**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „PStB\_Problembewältigung“*

	$\bar{x}$	SD	N
PStB_Problembew.	.753	.746	83
PSSI_ST	47.157	9.233	83
PSSI_HI	54.590	6.786	83
U-Bogen_Fehlschlag	23.482	12.212	83
U-Bogen_nein sagen	16.687	7.934	83
IMA_Offenheit	36.952	3.904	83
RES_Selbstfürsorge	1.655	.704	83
IIP64_selbstunsicher	12.687	5.877	83
INK_Selbstvertrauen	48.422	9.124	83
INK_Hilflosigkeit	49.446	7.532	83
FAMOS_Erniedrigung	45.361	9.591	83
Supervisorenbogen_ Selbstoffenbarung	4.566	.829	83
Soziale Erwünschtheit	12.386	4.265	83

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Modell 6 weist mit  $R^2_{\text{Kor}}=.149$  die höchste Modellpassung auf (Tab. 105). Der F-Wert ist mit  $F=3.044$  signifikant (Tab. 106).

**Tabelle 105***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „PStB\_Problembewältigung“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.494	.244	.114	.702
2	.493	.243	.126	.697
3	.488	.238	.132	.695
4	.483	.233	.139	.693
5	.476	.226	.142	.691
6	.470	.221	.149	.688
7	.451	.203	.140	.692
8	.435	.189	.137	.693
9	.415	.172	.130	.696
10	.399	.159	.127	.697
11	.370	.137	.116	.702

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ =Standartschätzfehler

In Bezug auf die einzelnen Indizes werden „PSSI\_ST“ mit T=-2.770, „U-Bogen\_nein sagen“ mit T=2.129 und „Supervisorenbogen\_Selbstoffenbahrung“ mit T=3.649 bei jeweils p<.05 signifikant (Tab. 107).



**Tabelle 106***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	11.135	12	.928	1.882	.052
	Residualvarianz	34.519	70	.493		
	Gesamt	45.654	82			
2	Faktorvarianz	11.115	11	1.010	2.077	.033
	Residualvarianz	34.539	71	.486		
	Gesamt	45.654	82			
3	Faktorvarianz	10.877	10	1.088	2.252	.024
	Residualvarianz	34.777	72	.483		
	Gesamt	45.654	82			
4	Faktorvarianz	10.643	9	1.183	2.466	.016
	Residualvarianz	35.011	73	.480		
	Gesamt	45.654	82			
5	Faktorvarianz	10.323	8	1.290	2.703	.011
	Residualvarianz	35.331	74	.477		
	Gesamt	45.654	82			
6	Faktorvarianz	10.102	7	1.443	3.044	.007
	Residualvarianz	35.552	75	.474		
	Gesamt	45.654	82			
7	Faktorvarianz	9.270	6	1.545	3.227	.007
	Residualvarianz	36.384	76	.479		
	Gesamt	45.654	82			
8	Faktorvarianz	8.639	5	1.728	3.594	.006
	Residualvarianz	37.014	77	.481		
	Gesamt	45.654	82			
9	Faktorvarianz	7.853	4	1.963	4.051	.005
	Residualvarianz	37.801	78	.485		
	Gesamt	45.654	82			
10	Faktorvarianz	7.262	3	2.421	4.981	.003
	Residualvarianz	38.392	79	.486		
	Gesamt	45.654	82			
11	Faktorvarianz	6.266	2	3.133	6.363	.003
	Residualvarianz	39.388	80	.492		
	Gesamt	45.654	82			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 107***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
PSSI_ST	-.032	.012	-.397	-2.770	.007	2.612
PSSI_HI	.025	.016	.226	1.505	.137	2.785
U-Bogen_nein sagen	.026	.012	.281	2.129	.037	4.762
IMA_Offenheit	.038	.028	.197	1.325	.189	2.716
RES_Selbstfürsorge	.196	.118	.185	1.668	.099	1.607
Supervisorenbogen_ Selbstoffenbarung	.350	.096	.389	3.649	.000	1.110
Soziale Erwünschtheit	.034	.021	.195	1.599	.114	2.007

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Die vom Therapeuten im Therapieverlauf eingeschätzte Offenheit des Patienten, welche signifikant mit dem Therapieerfolg korreliert, wurde mit N=50 als abhängige Variable in eine rückwärtsgerichtete Regression aufgenommen (Tab. 108).

**Tabelle 108***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „ThStB\_Offenheit“*

	$\bar{x}$	SD	N
ThStB_Offenheit	1.149	.673	50
U-Bogen_Fehlschlag	23.960	11.593	50
U-Bogen_Kontaktangst	16.140	11.168	50
U-Bogen_nein sagen	17.940	6.680	50
RES_nahe Beziehungen	1.190	.738	50
IIP64_ausnutzbar	12.060	3.798	50
IIP64_selbstunsicher	13.240	5.706	50
IIP64_introvertiert	7.340	4.809	50
FAMOS_Versagen	50.820	7.185	50
Soziale Wahrnehmung	-.068	.816	50
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	4.500	.839	50
Supervisorenbogen_Umgang m. schw.	4.480	.909	50
Soziale Erwünschtheit	13.060	4.230	50

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$  = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Von insgesamt elf Testungen, erbrachte Modell 7 mit  $R^2_{\text{Korr}}=.186$  (Tab. 109) und  $F=2.860$  die größte Varianzaufklärung (Tab. 110). Als signifikante Prädiktoren für die Varianzaufklärung erwiesen sich „Soziale Wahrnehmung“ mit  $T=2.088$  und die Supervisoreneinschätzung der Flexibilität des Therapeuten, auf das Bedürfnis des Patienten eingehen zu können ( $T=2.597$ ) bei jeweils  $p<.05$  (Tab. 111).

**Tabelle 109**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „ThStB\_Offenheit“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.556	.309	.085	.644
2	.556	.309	.109	.636
3	.556	.309	.132	.627
4	.555	.309	.153	.620
5	.552	.305	.169	.614
6	.546	.298	.181	.609
7	.534	.285	.186	.608
8	.518	.268	.185	.608
9	.503	.253	.186	.607
10	.480	.231	.181	.610
11	.438	.192	.157	.618

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ =Standartschätzfehler

**Tabelle 110***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	6.866	12	.572	1.379	.219
	Residualvarianz	15.349	37	.415		
	Gesamt	22.215	49			
2	Faktorvarianz	6.865	11	.624	1.545	.156
	Residualvarianz	15.350	38	.404		
	Gesamt	22.215	49			
3	Faktorvarianz	6.864	10	.686	1.744	.105
	Residualvarianz	15.351	39	.394		
	Gesamt	22.215	49			
4	Faktorvarianz	6.854	9	.762	1.983	.067
	Residualvarianz	15.361	40	.384		
	Gesamt	22.215	49			
5	Faktorvarianz	6.767	8	.846	2.245	.043
	Residualvarianz	15.448	41	.377		
	Gesamt	22.215	49			
6	Faktorvarianz	6.614	7	.945	2.544	.028
	Residualvarianz	15.601	42	.371		
	Gesamt	22.215	49			
7	Faktorvarianz	6.337	6	1.056	2.860	.020
	Residualvarianz	15.878	43	.369		
	Gesamt	22.215	49			
8	Faktorvarianz	5.963	5	1.193	3.229	.014
	Residualvarianz	16.252	44	.369		
	Gesamt	22.215	49			
9	Faktorvarianz	5.611	4	1.403	3.801	.010
	Residualvarianz	16.604	45	.369		
	Gesamt	22.215	49			
10	Faktorvarianz	5.125	3	1.708	4.599	.007
	Residualvarianz	17.090	46	.372		
	Gesamt	22.215	49			
11	Faktorvarianz	4.257	2	2.129	5.571	.007
	Residualvarianz	17.958	47	.382		
	Gesamt	22.215	49			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 111***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$	T		
RES_nahe Beziehungen	-.342	.229	-.375	-1.492	.143	7.975
IIP64_ausnutzbar	.032	.032	.183	1.006	.320	5.467
IIP64_introvertiert	.053	.034	.379	1.574	.123	5.901
FAMOS_Versagen	-.022	.016	-.239	-1.370	.178	3.585
Soziale Wahrnehmung	.248	.119	.301	2.088	.043	1.840
Supervisorenbogen_Flex. Bedürfnis	.372	.143	.464	2.597	.013	3.522

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Das Stundenbogenitem des Therapeuten zum Thema eigene „Anstrengung“ wurde mit N=38 in acht Modellen getestet (Tab. 112).

**Tabelle 112***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „ThStB\_Anstrengung“*

	$\bar{x}$	SD	N
ThStB_Anstrengung	.875	.786	38
U-Bogen_nein sagen	17.684	5.951	38
IMA_Offenheit	35.921	2.715	38
RES_emo. coping	.816	.662	38
IIP64_ausnutzbar	12.105	3.951	38
IIP64_selbstunsicher	13.632	5.596	38
INK_Geselligkeit	47.526	8.189	38
INK_anderen helfen	48.368	6.792	38
INK_Glauben	50.368	7.886	38
FAMOS_Bindung	55.921	6.131	38
FAMOS_Selbstvertrauen	55.921	7.726	38
FAMOS_Selbstbelohnung	55.105	7.266	38
FAMOS_Erniedrigung	44.974	8.192	38
Soziale Wahrnehmung	.061	.655	38
Supervisorenbogen_schw. Pat.	3.105	1.331	38
Soziale Erwünschtheit	12.947	3.869	38

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Modell 7 zeigte mit  $R^2_{\text{Korr}}=.557$  (Tab. 113) und einem signifikanten F-Wert von  $F=6.167$  die höchste Varianzaufklärung (Tab. 114).

**Tabelle 113**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „ThStB\_Anstrengung“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.833	.694	.486	.563
2	.833	.694	.508	.551
3	.833	.694	.528	.540
4	.831	.691	.543	.532
5	.823	.678	.542	.532
6	.819	.671	.550	.528
7	.815	.665	.557	.523
8	.803	.646	.548	.529

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ=Standartschätzfehler

Signifikante Prädiktoren im Modell sind folgende Indizes: „Ambiguitätstolleranz\_Offenheit“ (T=2.761), „RES\_emotionales coping“ (T=-2.462), „IIP-64\_ausnutzbar“ (T=2.829), „IIP-64\_selbstunsicher“ (T=-2.374), „FAMOS\_Selbstbelohnung“ (T=1.660) und „Soziale Wahrnehmung“ (T=2.473) unter Berücksichtigung der Kovariate „schwieriger Patient“ bei jeweils  $p<.05$  (Tab. 115). Aufgrund eines  $VIF >10$  sind allerdings „IIP64\_ausnutzbar“ sowie „IIP64\_selbstunsicher“ und „FAMOS\_Selbstbelohnung“ wegen hoher Multikollinearität nicht interpretierbar.

**Tabelle 114***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	15.880	15	1.059	3.334	.005
	Residualvarianz	6.985	22	.318		
	Gesamt	22.865	37			
2	Faktorvarianz	15.878	14	1.134	3.733	.003
	Residualvarianz	6.987	23	.304		
	Gesamt	22.865	37			
3	Faktorvarianz	15.870	13	1.221	4.188	.001
	Residualvarianz	6.995	24	.291		
	Gesamt	22.865	37			
4	Faktorvarianz	15.798	12	1.317	4.658	.001
	Residualvarianz	7.066	25	.283		
	Gesamt	22.865	37			
5	Faktorvarianz	15.502	11	1.409	4.977	.000
	Residualvarianz	7.362	26	.283		
	Gesamt	22.865	37			
6	Faktorvarianz	15.351	10	1.535	5.516	.000
	Residualvarianz	7.514	27	.278		
	Gesamt	22.865	37			
7	Faktorvarianz	15.198	9	1.689	6.167	.000
	Residualvarianz	7.667	28	.274		
	Gesamt	22.865	37			
8	Faktorvarianz	14.759	8	1.845	6.601	.000
	Residualvarianz	8.105	29	.279		
	Gesamt	22.865	37			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 115***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
IMA_Offenheit	.129	.047	.445	2.761	.010	3.791
RES_emo. coping	-.375	.152	-.316	-2.462	.020	3.431
IIP64_ausnutzbar	.125	.044	.629	2.829	.009	10.294
IIP64_selbstunsicher	-.076	.032	-.544	-2.374	.025	14.350
FAMOS_Bindung	.038	.030	.298	1.266	.216	25.746
FAMOS_Selbstvertrauen	.025	.015	.245	1.660	.108	4.072
FAMOS_Selbstbelohnung	-.055	.026	-.508	-2.136	.042	10.799
Soziale Wahrnehmung	.481	.194	.400	2.473	.020	4.168
Supervisorenbogen_schw. Pat.	-.213	.088	-.361	-2.416	.022	2.207

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Im nächsten Schritt werden diese drei zusätzlichen Stundenbogen-Skalen in einer erneuten Faktorenanalyse mitberücksichtigt, um zu überprüfen, ob die Integration zusätzlicher korrelierender Variablen mit Therapieerfolg zu mehr Varianzaufklärung von innerhalb des Index-Items führen.

## 6.5 Faktorenanalyse „Finalfaktoren“

Unter Einbezug der korrelativ signifikanten Variablen der Stundenbögen, des RES, des FAMOS, des INK und des BFWE mit „Therapieerfolg“ aus Kapitel 6.4, wurde eine neue Faktorenanalyse berechnet (Tab. 116). Dies geschieht in einem finalen Schnitt, um die Varianzaufklärung durch das Mehrfaktorenmodell, welches bereits auf einem in der Forschung etablierten composite-item von Therapieerfolg basiert, mit möglicher höherer Varianzaufklärung durch Hinzunahme weiterer Variablen zu vergleichen. Konkret ist das Ziel der Erzeugung von im Folgenden als Finalfaktoren bezeichneten Faktoren, die Überprüfung,



ob unter Nutzung zusätzlicher (in der Studie erhobener Daten) ein höherer Varianzanteil von Therapieerfolg beziehungsweise dessen (Final-)Faktoren ermittelt werden kann und somit die Erweiterung der Datenerhebung zur Erfassung von Therapieerfolg generell sinnvoll wäre..

**Tabelle 116**

*Auflistung der für die Faktorenanalyse berücksichtigten Variablen*

Faktoren	INK	RES	FAMOS	BFWE	PStB	ThStB
Belastungs- reduktion	Annäherungsziele_ Effekt	RES_Index_ Effekt	Anerkennung_ Effekt	Lebensfreude	Problem- bewältigung	Offenheit
Persönlichkeits- entwicklung	Vermeidungsziele_ Effekt		Vermeidung_Index_ Effekt	Zufriedenheit		Anstrengung
direkte Veränd- erung				Selbstwert		
Therapieprozess				depr. Stimmung neg. Befindlichkeit		

Mit den in Tabelle 116 aufgelisteten Variablen wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, um die wichtigsten unabhängigen Faktoren zu extrahieren. Es wurden fünf voneinander unabhängig zu betrachtende Faktoren mit je einem Eigenwert größer als eins identifiziert. Diese fünf extrahierten Faktoren klären einen Anteil von 70,976 % der Gesamtvarianz des Indexitems auf (Tab. 117). Somit erhöht sich der Anteil der möglichen aufzuklärenden Varianz durch Hinzunahme eines weiteren Faktors und eine Neuordnung der zunächst errechneten Faktoren in Finalfaktoren. Die Anteile der aufgeklärten Varianz je Faktor verschieben sind Tabelle 118 zu entnehmen.

**Tabelle 117**

*Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Finalfaktoren von Therapieerfolg*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.497	37.483	37.483	7.497	37.483	37.483
2	2.696	13.479	50.962	2.696	13.479	50.962
3	1.506	7.529	58.491	1.506	7.529	58.491
4	1.279	6.393	64.885	1.279	6.393	64.885
5	1.218	6.092	70.976	1.218	6.092	70.976
6	.865	4.327	75.303			
7	.728	3.640	78.943			
8	.651	3.257	82.200			
9	.561	2.803	85.003			
10	.471	2.357	87.360			
11	.455	2.275	89.635			
12	.409	2.045	91.679			
13	.374	1.871	93.550			
14	.345	1.726	95.277			
15	.309	1.543	96.820			
16	.277	1.386	98.206			
17	.230	1.149	99.355			
18	.128	.638	99.993			
19	.001	.007	100.000			
20	.000	.000	100.000			

**Tabelle 118**

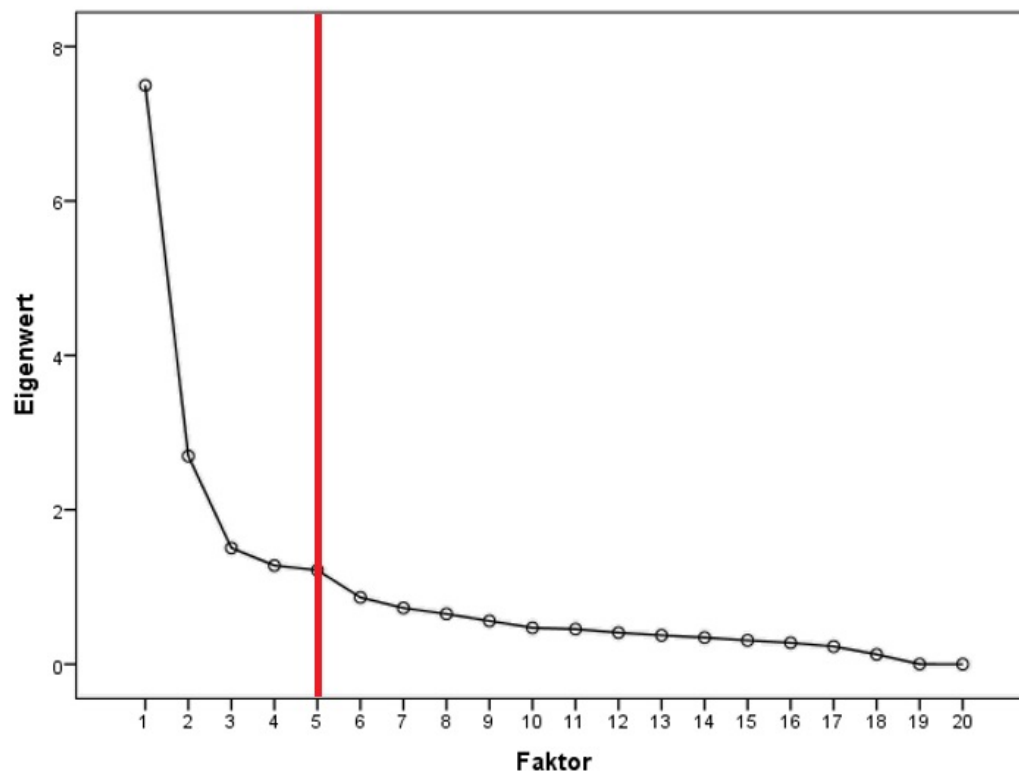
*Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von 4 Faktoren von Therapieerfolg. Vergleich der Varianzanteile je Faktor prä und post Varimax- Rotation*

Komponente	Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.497	37.483	37.483	6.015	30.075	30.075
2	2.696	13.479	50.962	2.748	13.742	43.817
3	1.506	7.529	58.491	2.491	12.453	56.269
4	1.279	6.393	64.885	1.528	7.641	63.910
5	1.218	6.092	70.976	1.413	7.066	70.976

Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium lag bei .608 und der Bartlett-Test war hochsignifikant. Nach Überprüfung der fünf Komponenten anhand des Kaiserkriteriums konnten diese mittels Scree-Plot -Methode bestätigt werden. Der Scree-Plot ist in Abbildung 10 zu sehen.

### Abbildung 10

*Screeplot der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Finafaktoren von Therapieerfolg*



Es folgte eine Varimax-Rotation, welche die in Tabelle 119 dargestellten rotierte Komponentenmatrix zeigte. 5 oder (-).5 wurde als kritischer Wert für die Faktorenzuzuordnung gewählt. Es zeigte sich ein Finafaktor „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“, ein Finafaktor „Therapieprozess/- fortschritt“, ein Finafaktor „Psychische und physische Beschwerden“ und ein Finafaktor „Motive“ sowie ein Finafaktor „explizite Veränderung“.

**Tabelle 119***Rotierte Komponentenmatrix basierend auf Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung*

	Komponente				
	1	2	3	4	5
INK_Annäherung_Effekt	.746	.184	.146	.071	.219
INK_Vermeidung_Effekt	.610	.106	.214	-.042	.495
RES_Index	.779	.028	.168	-.095	.079
FAMOS_Anerkennung_Effekt	.077	-.042	.020	.898	-.076
FAMOS_Effekt_Vermeidung_Index	.376	.005	.148	.718	.243
BFWE_pos. Lebenseinst_Effekt	-.833	.139	-.067	-.034	-.154
BFWE_Probleme_Effekt	.165	-.083	.678	.034	.393
BFWE_körp. Beschw_Effekt	.323	.068	.785	.052	-.190
BFWE_Selbstwert_Effekt	-.756	-.084	-.218	-.137	.094
BFWE_depr. Stimmung_Effekt	.780	.092	.008	.171	-.019
BFWE_Lebensfreude_Effekt	-.717	-.047	-.402	-.173	.118
BFWE_Zufriedenheit_Effekt	-.940	-.018	-.209	-.155	.016
BFWE_neg. Befindlich_Effekt	.324	.008	.931	.060	.074
Therapieerfolg_Faktor	.649	-.023	.361	.131	.256
Belastungsreduktion					
Therapieerfolg_Faktor	.609	.188	.148	.130	.187
Persönlichkeitsentwicklung					
Therapieerfolg_Faktor	.049	.918	.040	-.076	.018
Therapieprozess					
Therapieerfolg_Faktor	.098	-.002	.021	.044	.766
explizite Veränderung					
PStB_Problembewältigung	.061	.655	-.050	.184	.318
ThStB_Offenheit	.021	.839	.097	-.062	-.055
ThStB_Anstrengung	.123	.800	-.087	-.027	-.122

Im Gegensatz zu den möglichen sieben Faktoren mit einem Eigenwert über 1 aus der ersten Faktorenanalyse (Tab 10), lassen sich die Variablen, welche einen Finalfaktor bilden, sinnvoll in Zusammenhang bringen. Der Finalfaktor „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“ stützt sich auf die im Theorieteil erläuterte Annahme von Grawe (1998), dass Inkongruenz die Quelle psychischen Leidens darstellt und Konsistenzerfahrungen zu psychischer Gesundheit und Steigerung des Wohlbefindens führen (grosse Holtforth et al., 2004b). Dieser Finalfaktor basiert auf folgenden Variablen: „INK\_Annäherung\_Effekt“, „INK\_Vermeidung\_Effekt“,

„RES\_Index“, „BFW\_E\_Lebensfreude“, „BFW\_depr. Stimmung“, „BFW\_Zufriedenheit“, „BFW\_positive Lebenseinstellung“, „BFW\_Selbstwert“ sowie den beiden zuvor berechneten Faktoren „Faktor\_Belastungsreduktion“ und „Faktor\_Persönlichkeitsentwicklung“.

Er bildet somit die Zunahme psychischer Gesundheit durch Förderung des Kongruenzerlebens, der Ressourcengestaltung, der Belastungsreduktion, der Persönlichkeitsentwicklung und des Wohlbefindens ab. All diese Bereiche lassen sich in dem einen Faktor bündeln, da die Abgrenzung auf Basis der Datenlage nicht eindeutig möglich ist. Dieser Faktor klärt 30.075% der Gesamtvarianz von „Therapieerfolg“ auf. Der zweite Faktor setzt sich aus dem Faktor „Therapieprozess“, welcher auf dem wahrgenommenen Therapiefortschritt und der Einschätzung der therapeutischen Beziehung von Patient und Therapeut basiert, und den anderen korrelativ relevanten Items der Stundenbögen zusammen. Konkret wurden in diesem Finalfaktor die therapeutischen Einschätzungen zur eigenen Anstrengung und der Offenheit des Patienten einbezogen. Aus Patientensicht wurde der erlebte Grad der Problembewältigung im Therapieverlauf miteinbezogen. Dieser Faktor klärt 13.742% der Gesamtvarianz auf. Der dritte Finalfaktor, welcher 12.453% der Gesamtvarianz aufklärt, bezieht sich auf die Veränderungen der konkret als negativ erlebten psychischen und physischen Faktoren. Er setzt sich aus den Variablen „BFW\_negative Befindlichkeit“, „BFW\_Probleme“ und „BFW\_körperliche Beschwerden“ zusammen. Der vierte Finalfaktor bildet die Veränderung auf Motivebene des Patienten ab. „FAMOS\_Anerkennung\_Effekt“ und „FAMOS\_Vermeidung\_Effekt“ sind die hier dazugehörenden Variablen, welche vorab signifikant mit Therapieerfolg korrelierten. Der „Finalfaktor\_Motive“ bildet 7.641% der Gesamtvarianz ab. Der letzte der fünf Finalfaktoren ist identisch mit dem Faktor „explizite Veränderung“ aus der ersten Faktorenanalyse. Aufgrund der Neuordnung der Faktoren aufgrund neuer Variablen innerhalb der

Faktorenanalyse, bildet dieser nunmehr 7.066% der Gesamtvarianz ab. Die Eigenwerte und Faktorladungen sind in Tabelle 120 aufgeführt.

**Tabelle 120**

*Komponentenmatrix nach Hauptkomponentenanalyse mit 4 Faktoren und Varimaxrotation*

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7.497	37.483	37.483	7.497	37.483	37.483	6.015	30.075	30.075
2	2.696	13.479	50.962	2.696	13.479	50.962	2.748	13.742	43.817
3	1.506	7.529	58.491	1.506	7.529	58.491	2.491	12.453	56.269
4	1.279	6.393	64.885	1.279	6.393	64.885	1.528	7.641	63.910
5	1.218	6.092	70.976	1.218	6.092	70.976	1.413	7.066	70.976

## 6.6 Regression „Finalfaktoren“

In der Korrelationstabelle 121 a-c sind die Therapeutenvariablen aufgeführt, welche in den rückwärtsgerichteten Regressionen in Kapitel 6.4 eine signifikante Beziehung zu Patientenvariablen auswiesen und jene Therapeutenvariablen, die auch ohne in Kapitel 6.4 explizite Relevanz aufgewiesen zu haben, signifikante Korrelationen mit den Finalfaktoren zeigen.

**Tabelle 121 a**

*Korrelationen zwischen Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn, „Therapieerfolg\_Index“ und den fünf Finalfaktoren von Therapieerfolg*

		Finalfaktor 1 Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz	Finalfaktor 2 Therapie- prozess/- fortschritt	Finalfaktor 3 Psychische und physische Beschwerden	Finalfaktor 4 Motive	Finalfaktor 5 explizite Veränderung
Therapieerfolg_Index	r	.609**	.288**	.472**	.356**	.418**
	N	104	104	100	104	104
Soziale Erwünschtheit	r	-.045	-.031	-.037	.007	-.058
	N	143	222	129	138	142
Rollenspiel_PStB_Stärken fördern	r	.049	-.019	.108	-.200*	-.006
	N	139	218	125	134	138
Rollenspiel_PStB_Interesse Wohlergehen	r	-.065	.072	-.014	-.277**	-.049
	N	139	218	125	134	138
Rollenspiel_ThStB_pos. Therapiebez.	r	.163	-.158*	-.011	.016	-.009
	N	139	218	125	134	138
Rollenspiel_Kompetenz	r	.088	-.005	.103	.019	-.086
	N	130	202	117	125	129
Kognitive Komplexität	r	-.049	-.091	.055	.170	-.068
	N	126	197	115	122	126
Soziale Wahrnehmung	r	.010	.284**	-.057	.070	-.120
	N	97	151	87	92	95
PSSI_ST	r	.124	-.099	.015	.008	-.069
	N	143	222	129	138	142
PSSI_SL	r	.288**	-.065	-.044	-.021	-.060
	N	143	222	129	138	142
NEO_Extraversion	r	.117	-.031	.031	.202*	-.062
	N	143	222	129	138	142

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 121 b**

*Korrelationen zwischen Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn, „Therapieerfolg\_Index“ und den fünf  
Finalfaktoren von Therapieerfolg*

		Finalfaktor 1	Finalfaktor 2	Finalfaktor 3	Finalfaktor 4	Finalfaktor 5
		Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz	Therapie- prozess/- fortschritt	Psychische und physische Beschwerden	Motive	explizite Veränderung
U-Bogen_Fehlschlag	r	-.032	.141*	-.032	-.003	-.041
	N	143	222	129	138	142
U-Bogen_Fordern	r	-.066	.058	.138	-.078	-.033
	N	143	222	129	138	142
U-Bogen_nein sagen	r	-.039	.222**	-.038	-.137	-.141
	N	143	222	129	138	142
U- Bogen_Schuldgefühle	r	.167*	.074	.016	-.151	-.145
	N	143	222	129	138	142
U- Bogen_Normabhängig keit	r	-.066	.148*	.016	-.052	-.132
	N	143	222	129	138	142
IMA_unlösbare Probleme	r	.166*	-.016	.107	.056	-.054
	N	143	222	129	138	142
IMA_Elternbild	r	.047	.029	.031	-.101	.152
	N	143	222	129	138	142
IMA_Offenheit	r	.083	-.139*	-.020	-.150	-.031
	N	143	222	129	138	142
RES_Selbstwerterlebe n	r	-.135	.042	-.111	-.175*	.119
	N	143	222	129	138	142
RES_Stärken	r	-.133	.042	-.156	-.209*	-.060
	N	143	222	129	138	142
RES_Alltagsunterst.	r	-.135	-.034	-.152	-.153	-.047
	N	143	222	129	138	142
RES_nahe Bez.	r	-.045	.037	-.123	-.051	-.008
	N	143	222	129	138	142
RES_Leistungserleben	r	-.181*	.030	-.067	-.162	.080
	N	143	222	129	138	142
RES_emo coping	r	-.125	-.033	-.156	-.147	-.037
	N	143	222	129	138	142
IIP64_selbstunsicher	r	-.101	.215**	-.069	-.090	-.110
	N	143	222	129	138	142
IIP64_introvertiert	r	-.063	.157*	-.085	.023	-.070
	N	143	222	129	138	142
IIP64_streitsüchtig	r	.002	.023	-.180*	.060	.041
	N	143	222	129	138	142

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$



**Tabelle 121 c**

*Korrelationen zwischen Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn, „Therapieerfolg\_Index“ und den fünf  
Finalfaktoren von Therapieerfolg*

		Finalfaktor 1	Finalfaktor 2	Finalfaktor 3	Finalfaktor 4	Finalfaktor 5
		Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz	Therapie- prozess/- fortschritt	Psychische und physische Beschwerden	Motive	explizite Veränderung
INK_Hilflosigkeit	r	-.067	.076	.023	.181*	-.056
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_anderen helfen	r	.181*	-.022	.084	.007	-.123
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Autonomie	r	.074	-.057	-.068	-.151	.123
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Bildung	r	.198*	-.085	.236**	.034	.007
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Glauben	r	.033	-.034	.194*	.133	-.122
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Erniedrigung	r	-.024	.148*	.072	.093	-.043
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Spannungen m. anderen	r	.004	.012	.017	-.051	-.166*
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Hilflosigkeit	r	-.027	-.019	.133	.233**	.082
	N	143	222	129	138	142
FAMOS_Versagen	r	.108	-.075	.073	.195*	.100
	N	143	222	129	138	142
Supervisorenbogen_sc hw. Pat. 1	r	-.200	-.385**	.007	.074	-.011
	N	50	70	47	47	50
Supervisorenbogen_ Selbstoffenbarung	r	.105	.069	-.030	.066	.061
	N	59	86	55	55	59
Supervisorenbogen_ Reflektionsfähigkeit	r	.277*	.108	-.190	-.143	.213
	N	59	86	55	55	59
Supervisorenbogen_ therap Bez. 1	r	.311*	.125	.062	.165	.102
	N	59	86	55	55	59
Supervisorenbogen_ Flex. Bed. 1	r	.428**	.121	.185	-.061	.344**
	N	59	86	55	55	59
Supervisorenbogen_ Umgang m. schw.	r	.343**	.163	.065	-.003	.195
	N	59	86	55	55	59
Supervisorenbogen_ Flex. Behandl.plan	r	.391**	.081	.101	.161	.224
	N	59	86	55	55	59
Supervisorenbogen_ Methodengeschick	r	.139	.054	.164	-.028	.201
	N	59	86	55	55	59

Anmerkung. \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Mit den fünf Finalfaktoren, welche in der zweiten Faktorenanalyse extrahiert worden sind, wurden nun multiple Regressionen berechnet. Im Backward Elimination Modell wurden Therapeutenvariablen für die Regressionsberechnung herangezogen, welche mindestens eine signifikante Korrelation mit dem jeweiligen Finalfaktor aufwiesen. Eine Korrektur um „Soziale Erwünschtheit“ in den Regressionen erfolgte durch die Integration der Variable in die Berechnung.

Für den Faktor „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“ wurden die Variablen „PSSI\_SL“, „U-Bogen\_Schuldgefühle“, „RES\_Leistungserleben“, „FAMOS\_Bildung“, „FAMOS\_anderen helfen“, „IMA\_unlösbare Probleme“, „Supervisorenbogen\_Reflektionsfähigkeit“, „Supervisorenbogen\_Therapeutische Beziehung“, „Supervisorenbogen\_Flexibilität Bedürfnis“, „Supervisorenbogen\_Umgang mit schwierigen Patienten“ und „Supervisorenbogen\_Flexibilität Behandlungsplan“ bei N=59 für die Regressionsberechnung herangezogen (Tab. 122).

**Tabelle 122**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“*

	$\bar{x}$	SD	N
Finalfaktor Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz	.308	.539	59
PSSI_SL	42.254	7.198	59
U-Bogen_Schuldgefühle	5.136	3.065	59
RES_Leistungserleben	1.690	.476	59
FAMOS_anderen helfen	43.695	7.137	59
FAMOS_Bildung	53.898	7.367	59
IMA_unlösbare Probleme	25.441	3.807	59
Supervisorenbogen_Reflektionsfähigkeit	4.712	0.696	59
Supervisorenbogen_therap. Bez.	4.678	.706	59
Supervisorenbogen_Flex Bed. 1	4.458	.773	59
Supervisorenbogen_Umgang m. schw.	4.322	.899	59
Supervisorenbogen_Flex. Behandl.plan	4.593	.646	59
Soziale Erwünschtheit	12.559	4.328	59

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Unter Berücksichtigung „Sozialer Erwünschtheit“ wurden mittels der rückwärtsgerichteten Regressionsberechnung neun verschiedene Modelle getestet. Je Modell wurde eine weitere Variable mit der Ausschlusskriteriumswahrscheinlichkeit  $F \geq .1$  eliminiert, solange der Modellfit sich verbesserte.  $R^2_{\text{Korr}}$  zeigt in Tabelle 123 die beste Modellpassung bei Modell 7 mit  $R^2_{\text{Korr}}=.289$  und einem signifikanten F-Wert von  $F=4.935$  (Tab. 124). Betrachtet man die Modellindizes, so werden „PSSI\_selbstlos“ mit  $T=2.441$  bei  $p<.01$ , „FAMOS\_anderen helfen“ mit  $T=-2.957$  bei  $p <.01$  und „IMA\_unlösbare Probleme“ mit  $T=2.661$  bei  $p<.05$  signifikant (Tab. 125).

**Tabelle 123**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „psychisches Wohlbefinden/Kongruenz“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.631	.398	.241	.470
2	.631	.398	.257	.465
3	.630	.397	.272	.460
4	.625	.390	.278	.458
5	.621	.385	.287	.455
6	.611	.374	.288	.455
7	.602	.363	.289	.454
8	.592	.350	.289	.454
9	.570	.325	.275	.459

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ =Standartschätzfehler

**Tabelle 124***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	6.699	12	.558	2.532	.012
	Residualvarianz	10.143	46	.220		
	Gesamt	16.842	58			
2	Faktorvarianz	6.699	11	.609	2.822	.007
	Residualvarianz	10.143	47	.216		
	Gesamt	16.842	58			
3	Faktorvarianz	6.688	10	.669	3.162	.003
	Residualvarianz	10.154	48	.212		
	Gesamt	16.842	58			
4	Faktorvarianz	6.570	9	.730	3.482	.002
	Residualvarianz	10.272	49	.210		
	Gesamt	16.842	58			
5	Faktorvarianz	6.491	8	.811	3.920	.001
	Residualvarianz	10.350	50	.207		
	Gesamt	16.842	58			
6	Faktorvarianz	6.292	7	.899	4.346	.001
	Residualvarianz	10.549	51	.207		
	Gesamt	16.842	58			
7	Faktorvarianz	6.110	6	1.018	4.935	.000
	Residualvarianz	10.731	52	.206		
	Gesamt	16.842	58			
8	Faktorvarianz	5.894	5	1.179	5.707	.000
	Residualvarianz	10.948	53	.207		
	Gesamt	16.842	58			
9	Faktorvarianz	5.467	4	1.367	6.489	.000
	Residualvarianz	11.374	54	.211		
	Gesamt	16.842	58			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 125***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$	T		
PSSI_SL	.023	.009	.302	2.441	.018	1.716
FAMOS_anderen helfen	-.028	.009	-.371	-2.957	.005	1.490
FAMOS_Bildung	.008	.008	.114	1.025	.310	1.201
IMA_unlösbar Probleme	.043	.016	.303	2.661	.010	1.258
Supervisorenbogen_therap. Bez.	.149	.101	.195	1.478	.145	2.108
Supervisorenbogen_Flex. Behandl.plan	.202	.111	.242	1.810	.076	2.572

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Für den Finalfaktor „Therapieprozess/-fortschritt“ wurden die Variablen „U-Bogen\_nein sagen“, „U-Bogen\_Normabhängigkeit“, „U-Bogen\_Fehlschlag“, „IIP-64\_selbstunsicher“, „IIP-64\_introvertiert“, „FAMOS\_Erniedrigung“ sowie „Soziale Wahrnehmung“, „IMA\_Offenheit“, „Supervisorenbogen\_schw. Pat.“ und „Rollenspiel ThStB\_pos. Therapiebez.“ herangezogen (Tab. 126).

**Tabelle 126***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Therapieprozess/-fortschritt“*

	$\bar{x}$	SD	N
Finalfaktor Therapieprozess/-fortschritt	1.325	.630	41
U-Bogen_nein sagen	17.878	5.913	41
U-Bogen_Normabhängigkeit	8.024	2.660	41
IIP-64_selbstunsicher	14.122	5.771	41
IIP-64_introvertiert	7.585	4.444	41
FAMOS_Erniedrigung	45.488	8.189	41
Soziale Wahrnehmung	.109	.664	41
IMA_Offenheit	35.976	2.697	41
Rollenspiel_ThStB_pos. Therapiebez.	1.634	.859	41
U-Bogen_Fehlschlag	25.293	10.486	41
Supervisorenbogen_schw. Pat.	3.049	1.303	41
Soziale Erwünschtheit	12.780	3.785	41

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Diese Variablen wurden auf der Basis vorangegangener Korrelationen mit dem Finalfaktor 2 ausgewählt (Tab. 126). Unter Berücksichtigung „Sozialer Erwünschtheit“ wurden mittels der Regression mit schrittweise rückwärtsgerichteter Elimination elf Modelle mit N=41 getestet. Modell 6 wies mit einem  $R^2_{\text{Korr}}$  von  $R^2_{\text{Korr}}=.193$  die höchste Modellpassung auf (Tab. 127). Es klärt 19,3% der Varianz des Faktors „Therapieprozess/-fortschritt“ auf.

**Tabelle 127**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Therapieprozess/-fortschritt“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.607	.368	.129	.588
2	.606	.367	.156	.579
3	.600	.359	.174	.573
4	.581	.338	.172	.573
5	.571	.326	.183	.569
6	.560	.314	.193	.566
7	.535	.286	.184	.569
8	.494	.244	.160	.577
9	.487	.237	.175	.572
10	.468	.219	.178	.571
11	.423	.179	.158	.578

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ =Standartschätzfehler

Der F-Wert wurde mit F=2.593 bei p<.05 signifikant (Tab 128). Betrachtet man die einzelnen Indizes des Modells, so werden die einzelnen T-Werte nicht signifikant (Tab 129). Betrachtet man die Modellfits von Modell 7 bis 11, so identifiziert man schlussendlich lediglich die Patientenvariable „schwieriger Patient“, somit keine Therapeutenfähigkeit als signifikanten Faktor. Dies kann zum einen an dem großen Einfluss dieser Kovariate liegen oder an der geringen Teststärke aufgrund der zu geringen Stichprobengröße von N=41.

**Tabelle 128***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	5.847	11	.532	1.537	.172
	Residualvarianz	10.031	29	.346		
	Gesamt	15.878	40			
2	Faktorvarianz	5.832	10	.583	1.742	.177
	Residualvarianz	10.046	30	.335		
	Gesamt	15.878	40			
3	Faktorvarianz	5.708	9	.634	1.933	.084
	Residualvarianz	10.171	31	.328		
	Gesamt	15.878	40			
4	Faktorvarianz	5.364	8	.671	2.041	.073
	Residualvarianz	10.514	32	.329		
	Gesamt	15.878	40			
5	Faktorvarianz	5.181	7	.740	2.283	.052
	Residualvarianz	10.697	33	.324		
	Gesamt	15.878	40			
6	Faktorvarianz	4.985	6	.831	2.593	.035
	Residualvarianz	10.894	34	.320		
	Gesamt	15.878	40			
7	Faktorvarianz	4.538	5	.908	2.801	.031
	Residualvarianz	11.340	35	.324		
	Gesamt	15.878	40			
8	Faktorvarianz	3.880	4	.970	2.910	.035
	Residualvarianz	11.998	36	.333		
	Gesamt	15.878	40			
9	Faktorvarianz	3.761	3	1.254	3.828	.017
	Residualvarianz	12.117	37	.327		
	Gesamt	15.878	40			
10	Faktorvarianz	3.477	2	1.738	5.327	.009
	Residualvarianz	12.401	38	.326		
	Gesamt	15.878	40			
11	Faktorvarianz	2.835	1	2.835	8.478	.006
	Residualvarianz	13.043	39	.334		
	Gesamt	15.878	40			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 129***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$	T		
selbstunsicher unterwürfig	.051	.028	.471	1.848	.073	6.614
FAMOS_Erniedrigung	-.018	.015	-.228	-1.181	.246	5.558
Soziale Wahrnehmung	.208	.157	.219	1.324	.194	1.684
Rollenspiel_ThStB_pos. Therapiebez.	-.218	.132	-.297	-1.651	.108	1.819
U-Bogen_Fehlschlag	-.023	.014	-.380	-1.591	.121	7.091
Supervisorenbogen_schw. Pat.	-.136	.080	-.282	-1.700	.098	1.505

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Wird diese Variable weggelassen, erhöht sich die Teststärke aufgrund von N=151 (Tab. 130).

**Tabelle 130***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Therapieprozess/-fortschritt“*

	$\bar{x}$	SD	N
Finalfaktor_Therapieprozess/-fortschritt	1.311	.675	151
U-Bogen_nein sagen	18.550	7.063	151
U-Bogen_Normabhängigkeit	8.026	2.610	151
IIP-64_selbstunsicher	13.834	4.739	151
IIP-64_introvertiert	8.497	4.783	151
FAMOS_Erniedrigung	47.848	8.694	151
Soziale Wahrnehmung	0.129	0.790	151
IMA_Offenheit	36.046	3.016	151
Rollenspiel_ThSB_pos. Therapiebez.	1.132	1.226	151
U-Bogen_Fehlschlag	25.033	10.945	151
Soziale Erwünschtheit	11.735	3.764	151

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ =Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße



Zwar ist die Varianzaufklärung wegen der Reduktion um die Kovariate reduziert, doch kann von neun getesteten Modellen, Modell 8 mit  $R^2_{\text{Korr}} = .105$  eine Varianzaufklärung des Faktors Therapieprozess/-fortschritt von 10,5% erreichen (Tab. 131). Der F-Wert ist mit  $F = 6.838$  hochsignifikant (Tab. 132). Betrachtet man die einzelnen Indizes des Modells, so werden Soziale Wahrnehmung mit  $T = 3.405$  bei  $p < .01$  und „Rollenspiel\_ThStB\_pos. Therapiebez.“ mit  $T = -2.037$  bei  $p < .05$  signifikant (Tab. 133).

**Tabelle 131**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Therapieprozess/-fortschritt“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	σ
1	.362	.131	.069	.651
2	.362	.131	.076	.649
3	.362	.131	.082	.647
4	.362	.131	.088	.645
5	.361	.130	.094	.643
6	.359	.129	.099	.641
7	.355	.126	.102	.640
8	.350	.122	.105	.639
9	.338	.114	.102	.640

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient, σ =Standartschätzfehler

**Tabelle 132***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	8.979	10	.898	2.116	.027
	Residualvarianz	59.402	140	.424		
	Gesamt	68.381	150			
2	Faktorvarianz	8.979	9	.998	2.368	.016
	Residualvarianz	59.402	141	.421		
	Gesamt	68.381	150			
3	Faktorvarianz	8.974	8	1.122	2.681	.009
	Residualvarianz	59.408	142	.418		
	Gesamt	68.381	150			
4	Faktorvarianz	8.947	7	1.278	3.075	.005
	Residualvarianz	59.434	143	.416		
	Gesamt	68.381	150			
5	Faktorvarianz	8.908	6	1.485	3.595	.002
	Residualvarianz	59.474	144	.413		
	Gesamt	68.381	150			
6	Faktorvarianz	8.799	5	1.760	4.283	.001
	Residualvarianz	59.582	145	.411		
	Gesamt	68.381	150			
7	Faktorvarianz	8.635	4	2.159	5.275	.001
	Residualvarianz	59.746	146	.409		
	Gesamt	68.381	150			
8	Faktorvarianz	8.374	3	2.791	6.838	.000
	Residualvarianz	60.007	147	.408		
	Gesamt	68.381	150			
9	Faktorvarianz	7.822	2	3.911	9.558	.000
	Residualvarianz	60.559	148	.409		
	Gesamt	68.381	150			

Anmerkungen. SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

**Tabelle 133***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
IIP-64_sulbstunsicher	.013	.011	.093	1.163	.247	6.614
Soziale Wahrnehmung	.226	.066	.264	3.405	.001	1.684
Rollenspiel_ThStB_pos. Therapiebez.	-.090	.044	-.163	-2.037	.043	1.819

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Der dritte Finalfaktor „Psychische und physische Beschwerden“ wies Korrelationen mit den Variablen „FAMOS\_Bildung“, „IIP64\_streitsüchtig“ und „FAMOS\_Glauben“ auf (Tab. 134).

**Tabelle 134***Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor Psychische und physische Beschwerden*

	$\bar{x}$	SD	N
Finalfaktor_Psychische und physische Beschwerden	.665	.755	129
IIP-64_streitsüchtig	5.651	3.566	129
FAMOS_Bildung	52.891	7.273	129
FAMOS_Glauben	49.814	8.088	129
Soziale Erwünschtheit	12.178	4.218	129

*Anmerkungen.*  $\bar{x}$ =Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße**Tabelle 135***Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor Psychische und physische Beschwerden*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.318	.101	.072	.727
2	.289	.083	.061	.732
3	.268	.072	.057	.733
4	.236	.056	.048	.737

*Anmerkungen.* R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>=standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler

Bei N=129 wurde unter der Berücksichtigung „Sozialer Erwünschtheit“ als Kontrollvariable, eine rückwärtsgerichtete multiple Regression durchgeführt und letztlich vier Modelle getestet (Tab. 135). Modell 1 wies eine Varianzaufklärung von  $R^2_{\text{Korr}} = .072$  auf. Der F-Wert wurde mit  $F=3.491$  bei  $p<.05$  signifikant (Tab. 136).

**Tabelle 136**

*ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	7.388	4	1.847	3.491	.010
	Residualvarianz	65.612	124	.529		
	Gesamt	73.000	128			
2	Faktorvarianz	6.092	3	2.031	3.794	.012
	Residualvarianz	66.908	125	.535		
	Gesamt	73.000	128			
3	Faktorvarianz	5.262	2	2.631	4.894	.009
	Residualvarianz	67.738	126	.538		
	Gesamt	73.000	128			
4	Faktorvarianz	4.071	1	4.071	7.501	.007
	Residualvarianz	68.929	127	.543		
	Gesamt	73.000	128			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz

Betrachtet man nun Tabelle 142, so werden die einzelnen Indizes des Modells 1 nicht signifikant. Zugunsten signifikanter Variablen, wird zu Lasten der Varianzaufklärung, Modell 3 für weitere Interpretationen genutzt, da hier mit einer Varianzaufklärung von 5,7% des Faktors „Psychische und physische Beschwerden“ (Tab. 135) und einem signifikanten F-Wert von  $F=4.894$  (Tab. 141), „FAMOS\_Bildung“ mit  $T=2.326$  und  $p<.05$  signifikant wird (Tab. 137).

**Tabelle 137***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells über drei Modelle hinweg*

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		T	p	VIF
		B	$\sigma$	$\beta$				
1	Soziale	-.027	.017	-.150	-1.565	.120	1.273	
	Erwünschtheit							
	IIP-64_ streitsüchtig	-.037	.020	-.173	-1.789	.076	1.284	
	FAMOS_Bildung	.016	.010	.153	1.665	.098	1.170	
	FAMOS_Glauben	.014	.009	.146	1.569	.119	1.200	
2	IIP-64_ streitsüchtig	-.024	.019	-.113	-1.271	.206	1.284	
	FAMOS_Bildung	.018	.010	.174	1.893	.061	1.170	
	FAMOS_Glauben	.011	.009	.114	1.245	.216	1.200	
3	IIP-64_ streitsüchtig	-.028	.019	-.131	-1.489	.139	1.284	
	FAMOS_Bildung	.021	.009	.205	2.326	.022	1.200	

Anmerkungen. T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Der vierte Finalfaktor „Motive“ wies Korrelationen mit „NEO-Extraversion“, „RES\_Selbstwert“, „RES\_Stärken“, „INK\_Hilflosigkeit“, „Famos\_Hilflosigkeit“ sowie „Famos\_Versagen“, „Rollenspiel\_PStB\_Stärken fördern“ und „Rollenspiel\_PStB\_Interesse Wohlergehen“ auf (Tab. 138) .

**Tabelle 138**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Motive“*

	$\bar{x}$	SD	N
Finalfaktor Motive	.227	.531	134
NEO_Extraversion	59.567	7.191	134
RES_Selbstwerterleben	2.662	.907	134
Rollenspiel_PStB_Stärken fördern	0.127	1.499	134
Rollenspiel_PStB_Interesse am Wohlergehen	1.493	1.102	134
RES_Stärken	1.639	.861	134
INK_Hilflosigkeit	49.254	8.967	134
FAMOS_Hilflosigkeit	49.940	8.781	134
FAMOS_Versagen	53.761	8.456	134
Soziale Erwünschtheit	12.172	4.277	134

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Bei N=134 wurden sechs Modelle getestet, von denen Modell 5 mit  $R^2_{\text{Korr}}=.161$  die höchste Passung aufweist (Tab. 139). Durch dieses Modell konnte 16,1% der Varianz des vierten Finalfaktors aufgeklärt werden. Auch der F-Wert dieses Modells wurde signifikant ( $F=6.107$ ;  $p<.01$ ) (Tab. 140). Hier zeigten die Variablen „NEO\_Extraversion“, „INK\_Hilflosigkeit“ sowie auch „Rollenspiel\_PStB\_Interesse Wohlergehen“ einen signifikanten Einfluss bei  $p<.05$  (Tab. 141).

**Tabelle 139**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Motive“*

Modell	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	$\sigma$
1	.444	.197	.139	.493
2	.444	.197	.145	.491
3	.443	.196	.152	.489
4	.442	.196	.158	.488
5	.439	.193	.161	.487
6	.426	.181	.156	.488

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup>= standardisierter Regressionskoeffizient, R<sup>2</sup><sub>Korr</sub>=korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$  =Standartschätzfehler

**Tabelle 140***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	7.393	9	.821	3.379	.001
	Residualvarianz	30.143	124	.243		
	Gesamt	37.536	133			
2	Faktorvarianz	7.386	8	.923	3.827	.000
	Residualvarianz	30.150	125	.241		
	Gesamt	37.536	133			
3	Faktorvarianz	7.367	7	1.052	4.395	.000
	Residualvarianz	30.169	126	.239		
	Gesamt	37.536	133			
4	Faktorvarianz	7.349	6	1.225	5.153	.000
	Residualvarianz	30.187	127	.238		
	Gesamt	37.536	133			
5	Faktorvarianz	7.230	5	1.446	6.107	.000
	Residualvarianz	30.306	128	.237		
	Gesamt	37.536	133			
6	Faktorvarianz	6.811	4	1.703	7.149	.000
	Residualvarianz	30.725	129	.238		
	Gesamt	37.536	133			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 141***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
NEO_Extraversion	.016	.006	.210	2.561	.012	1.428
Rollenspiel_PStB_Interesse am Wohlergehen	-.097	.040	-.201	-2.399	.018	1.558
RES_Stärken	-.102	.052	-.166	-1.967	.051	1.502
INK_Hilflosigkeit	.012	.005	.207	2.503	.014	1.240
FAMOS_Versagen	.007	.005	.109	1.330	.186	1.269

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Betrachtet man nun den letzten Finalfaktor „explizite Veränderung“, so lassen sich signifikante Korrelationen mit den Therapeutenvariablen „Supervisorenbogen\_Flexibilität Bedürfnis“, und „FAMOS\_Spannungen mit anderen“ feststellen (Tab. 142).

**Tabelle 142**

*Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „explizite Veränderung“*

	$\bar{x}$	SD	N
Finalfaktor Explizite Veränderung	4.505	.719	59
Supervisorenbogen_ Flexibilität Bedürfnis	4.407	.746	59
FAMOS_ Spannungen mit anderen	47.898	8.745	59
Soziale Erwünschtheit	12.678	4.281	59

Anmerkungen.  $\bar{x}$ = Mittelwert, SD=Standardabweichung, N= Stichprobengröße

Bei N=59 erfolgte die Berechnung einer rückwärtsgerichteten Regression, bei der drei Regressionsmodelle getestet wurden. Modell 3 wies die höchste Modellpassung mit  $R^2_{\text{Korr}}=.103$  auf (Tab. 143). Der F-Wert  $F=7.665$  wurde signifikant (Tab. 144). Die Varianzaufklärung von 10,3% dieses Faktors lässt sich auf die Ausprägung der Variable „Supervisorenbogen\_Flexibilität Bedürfnis“ mit  $T=2.768$  bei  $p<.05$  zurückführen (Tab. 145).

**Tabelle 143**

*Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „explizite Veränderung“*

Modell	R	$R^2$	$R^2_{\text{Korr}}$	$\sigma$
1	.354	.125	.077	.691
2	.353	.124	.093	.685
3	.344	.119	.103	.681

Anmerkungen. R=Regressionskoeffizient,  $R^2$ = standardisierter Regressionskoeffizient,  $R^2_{\text{Korr}}$ =korrigierter standardisierter Regressionskoeffizient,  $\sigma$ =Standartschätzfehler



**Tabelle 144***ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle*

Modell	Varianzen	SQ	df	MQ	F	p
1	Faktorvarianz	3.748	3	1.249	2.618	.060
	Residualvarianz	26.242	55	.477		
	Gesamt	29.990	58			
2	Faktorvarianz	3.727	2	1.863	3.973	.024
	Residualvarianz	26.263	56	.469		
	Gesamt	29.990	58			
3	Faktorvarianz	3.555	1	3.555	7.665	.008
	Residualvarianz	26.435	57	.464		
	Gesamt	29.990	58			

*Anmerkungen.* SQ=Quadratsumme, df=Freiheitsgrade, MQ=Mittlere Quadratsumme, F=F-Wert, p=Signifikanz**Tabelle 145***Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells*

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	p	VIF
	B	$\sigma$	$\beta$			
Supervisorenbogen_ Flex. Bed.	.332	.120	.344	2.768	.008	1.021

*Anmerkungen.* T=T-Wert, p=Signifikanz, VIF=Varianzinflationsfaktor

Zwischen allen Prädiktoren besteht keine Multikollinearität, was durch den VIF-Wert unter 10 und die Toleranz unter .1 in der Kollinearitätsstatistik nachgewiesen werden konnte. Betrachtet man nun die Varianzaufklärung über die Therapeutenvariablen zu den einzelnen unabhängigen Finalfaktoren, entsteht das in Tabelle 146a/b dargestellte Bild.

**Tabelle 146 a***Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale*

Finalfaktoren	Varianzaufklärung von Therapieerfolg in %	Kumulierte aufgeklärte Varianz von Therapieerfolg in %	Aufgeklärte Faktorvarianz in %	Anteil der aufgeklärten Gesamtvarianz von Therapieerfolg in %
Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz	30.08	30.08	28.90	8.69
Therapieprozess/-fortschritt	13.74	43.82	10.50	1.44
Psychische und physische Beschwerden	12.45	56.27	5.70	0.71
Motive	7.64	63.91	16.10	1.23
Explizite Veränderung	7.07	70.98	10.3	0.73

**Tabelle 146 b***Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale*

Finalfaktoren	Anteil der kumulierten aufgeklärten Gesamtvarianz von Therapieerfolg in %	Relevante Therapeuten- merkmale prä Weiterbildung	Signifikante kovariate Merkmale
Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz	8.96	Selbstlosigkeit (PSSI_SL, FAMOS_Altruismus), Selbstbewusstsein (IMA_unlös. Probleme)	-
Therapieprozess/-fortschritt	10.13	Soziale Wahrnehmung, Bewertung therapeutischer Beziehung durch Therapeut	-
Psychische und physische Beschwerden	10.84	Bildungsmotiv	-
Motive	12.07	Selbstbewusstsein (NEO_Extraversion, INK_Hilflosigkeit), (Rollenspiel_PStB_Interesse am Wohlergehen anderer)	-
Explizite Veränderung	12.80	Flexibilität auf Patientenbedürfnis einzugehen	-

Abbildung 11 zeigt die Verteilung der Finalfaktoren von Therapieerfolg. Insgesamt werden durch die Merkmalausprägung von Therapeuten vor Beginn der Psychotherapieweiterbildung 12.80% der Varianz von Therapiefaktoren innerhalb der Finalfaktoren aufgeklärt.

### Abbildung 11

*Varianzanteile der Finalfaktoren von Therapieerfolg*



*Anmerkung.* Die Abbildung zeigt die Anteile der jeweiligen Finalfaktoren von Therapieerfolg in %. Die aufgeklärte Gesamtvarianz von Therapieerfolg (12,80%) setzt sich aus den addierten Varianzaufklärungen der einzelnen Finalfaktoren in Bezug auf deren Faktorgröße von Therapieerfolg zusammen. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Werte findet sich in Tab. 146 a/b.

### 6.7 Anmerkung: Betrachtung direkter Messmittel und Prozessvariablen

Auf die separate Betrachtung der Einflüsse von Therapeutenvariablen auf die Entwicklung laut BVB-2000 oder VLB wird verzichtet, da diese Instrumente, sowie auch die Subskalen des BSI und IIP-64 Teil des Indexitems „Therapieerfolg“ sind. Die Prozessvariablen der GAS werden ebenfalls nicht separat analysiert.

## 6.8 Kurzdarstellung der Ergebnisse und Fazit

**Tabelle 147**

*Gegenüberstellung der Ergebnisse von Indexmodell, Mehrfaktorenmodell und Finalfaktorenmodell*

Modell	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Summe Varianz- aufklärung
<b>Indexmodell</b>	-	-	-	-	-	4,6%
Varianzaufklärung je Faktor	-	-	-	-	-	-
Relevante Therapeuten- faktoren	-	-	-	-	-	Keine signifikanten Prädiktoren
<b>Mehr- faktorenmodell</b>	22.183%	16.529%	10.959%	9.053%	-	58.725%
Varianzaufklärung je Faktor	.179	.183	.103	.349	-	-
Varianzaufklärung Therapieerfolg	3.971%	3.025%	1.129%	3.159%	-	11.284%
Relevante Therapeuten- faktoren	Flexibilität Bedürfnis	Famos Bildung, INK_Leben auskosten, RES_Selbst- fürsorge, RES_Wohl- befinden	Flexibilität Bedürfnis	Soziale Wahr- nehmung	-	-
<b>Final- faktorenmodell</b>	30.075%	13.742%	12.453%	7.641%	7.066%	70.976%
Varianzaufklärung je Faktor	.289	.105	.057	.161	.103	-
Varianzaufklärung Therapieerfolg	8.691%	1.442%	0.709%	1.230%	0.727%	12.799%
Relevante Therapeuten- faktoren	PSSI_SL, Famos_ anderen helfen; IMA_ unlösbare Probleme	Soziale Wahr- nehmung, „Rollenspiel _TStB_pos. Beziehung“	Famos_ Bildung	NEO_Ex- traversion, INK_Hilf- losigkeit, Interesse Wohlerge- hen anderer	Flexibilität_ Bedürfnis	-

Aufgrund der multidimensionalen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Therapeuten und der hohen korrelativen Überlappung der einzelnen Items und Variablen untereinander, werden nun das Indexmodell, das Mehrfaktorenmodell und das Finalfaktorenmodell gegenübergestellt (Tab. 147).

In einer multiplen Regressionsanalyse mit rückwärtsgerichteter Elimination mit den zwei unabhängigen Variablen „INK\_Leben auskosten“ sowie „FAMOS\_Bildung“ und „Soziale Erwünschtheit“ als Kontrollvariable, können bei N=104 drei Modelle getestet werden. Mit  $R^2_{\text{Korr}}=.046$ , also lediglich 4,6% der Varianzaufklärung des Therapieerfolgs, scheint dieses Modell mit den zwei einzigen Korrelationen mit dem Indexwert Therapieerfolg wesentlich ungenauer zu sein, als das Mehrfaktorenmodell. Zudem weist es trotz eines signifikanten F-Wertes keine signifikanten T-Werte auf (Tab. 32). Rückschlüsse auf Kausalzusammenhänge mit Therapeutenvariablen sind in diesem Modell somit nicht zulässig. Ein weiterer Vorteil des Mehrfaktorenmodells liegt darin begründet, dass mit 11.284% mehr als doppelt so viel Varianz aufgeklärt werden kann und spezifische unterschiedliche Therapeutenvariablen zu einem Teilbereich des Gesamttherapieerfolgs zuzuordnen sind (Tab. 33 a/b). Das Mehrfaktorenmodell zeigt für die Ausprägung von Flexibilität unter Einbezug der Kovariate „Widerstand\_des Patienten“ eine Varianzaufklärung von 17.9% des Faktors „Belastungsreduktion“ (adäquat zu 3.971% Varianzaufklärung Therapieerfolg). Mit dem Faktor Persönlichkeitsentwicklung lässt sich ein Regressionsmodell mit den Variablen „FAMOS\_Bildung“, „RES\_Selbstfürsorge“, „RES\_Wohlbefinden“, „INK\_Leben auskosten“ und der Kovariate „interaktionell schwieriger Patient“ mit 18.3% Varianzaufklärung (adäquat zu 3.025% Varianzaufklärung Therapieerfolg) berechnen. Der dritte Faktor des Mehrfaktorenmodells bildet die direkt vom Patienten wahrgenommene Veränderung ab. Auch hier zeigt sich die therapeutische Flexibilität vor Weiterbildungsbeginn als wichtiges Therapeutenmerkmal prä Weiterbildung. Es klärt 10.3% dieses Faktors auf (adäquat zu

1.129% Therapiererfolg). Der Faktor Therapieprozess, welcher aus den erhobenen Prozessmaßen mit Fokus auf Therapeutische Beziehung und Therapiefortschritt gebildet wurde, zeigt die Ausprägung Sozialer Wahrnehmung des Therapeuten vor Weiterbildungsbeginn unter Bezug auf die Kovariate „schwieriger Patient“ als wichtiges Therapeutenmerkmal für Therapieerfolg. Das zugehörige Regressionsmodell klärt 34,9% der Varianz von Faktor 4 auf (adäquat 3,159% Varianzaufklärung Therapieerfolg).

Da in dieser Studie neben den Items, welche das composite-Item „Therapieerfolg“ bilden, noch weitere therapeutische Daten erhoben wurden, welche mit Therapieerfolg korrelierten, wurde im nächsten Schritt überprüft, ob die Varianzaufklärung erhöht werden kann, wenn andere Variablen hinzugezogen werden oder mehr Faktoren für die Aufklärung herangezogen werden. Es zeigte sich, dass 70.976% der Varianz von Therapie durch die nun gebildeten fünf Faktoren aufgeklärt werden kann. Dies stellt eine deutliche Steigerung zum Mehrfaktorenmodell dar, welches lediglich 58,725% der Varianz von Therapieerfolg durch seine vier Faktoren abbilden kann. Kovariate Patientenvariablen werden im Finalfaktorenmodell nicht signifikant (Tab. 146a/b). Das Finalfaktorenmodell, zeigt für die Ausprägung von Altruismus des Therapeuten eine Varianzaufklärung von 30.075% des Faktors „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“ (adäquat zu 8.691% Varianzaufklärung Therapieerfolg). Mit dem Faktor „Therapieprozess/-fortschritt“ lässt sich ein Regressionsmodell mit den signifikanten Variablen „Soziale Wahrnehmung“ und „Rollenspiel\_ThStB\_therap. Beziehung“ mit 10.5% Varianzaufklärung (adäquat zu 1.442% Varianzaufklärung Therapieerfolg) berechnen. Der dritte Faktor des Finalfaktorenmodells bildet die Veränderungen der wahrgenommenen psychischen und physischen Beschwerden des Patienten ab. Auch hier zeigt sich das Bildungsmotiv als wichtiges Merkmal vor Weiterbildungsbeginn. Es klärt 5.7% dieses Faktors auf (adäquat zu 0.709% Therapiererfolg). Der Faktor „Motive“, welcher aus der Veränderung des Anerkennungsmotives der Patienten

und der der signifikanten Veränderung der Vermeidungsmotivation der Patienten gebildet wurde, zeigt die Ausprägung des Merkmals „Stärke und Selbstbewusstsein“ des Therapeuten als wichtigen Prädiktor für Therapieerfolg. Dieses Merkmal lässt sich auf drei signifikante Variablen zurückführen: „NEO\_Extraversion“, „IMA\_unlösbare Probleme“ und „INK\_Hilflosigkeit“. Auch das Merkmal „Altruismus“ ist durch die Variable „PStB\_Interesse am Wohlergehen“ als Prädiktor für Therapieerfolg repräsentiert. Das zugehörige Regressionsmodell klärt 16,1% der Varianz von Faktor 4 auf (adäquat 1,230% Varianzaufklärung Therapieerfolg). Der letzte Faktor des Finalfaktorenmodells ist die „explizite Veränderung“. Diese entspricht sowohl in der Variablengestaltung, als auch den Merkmalen auf Therapeutenseite dem Faktor 3 des Mehrfaktorenmodells „Explizite Veränderung“. Als Therapeutenmerkmal wird hier die Flexibilität des Therapeuten, auf das Bedürfnis des Patienten eingehen zu können, berechnet. Im Finalfaktorenmodell klärt die therapeutische Flexibilität auch 10,3% der Faktorvarianz auf. Aufgrund der veränderten Faktorgröße im Modell entspricht dies aber nur 0,727% der Varianzaufklärung von Therapieerfolg. Über die Finalfaktoren hinweg können 12,799% der Varianz von Therapieerfolg aufgeklärt werden. Der Unterschied in Bezug auf die Varianzaufklärung der Therapieerfolges durch Merkmalsausprägungen der Therapeuten vor Beginn der Weiterbildung, beträgt lediglich 1,515%. Da zwei unterschiedliche Modellberechnungen ähnliche Werte aufweisen, ist somit davon auszugehen, dass bestimmte Ausprägungen von Therapeutenmerkmalen vor Beginn der Weiterbildung, relativ robust den Therapieerfolg zu 11 bis 13 % die Varianz von Therapieerfolg erklären können.

Für zukünftige Analysen bietet sich an, das Finalfaktorenmodell zu verwenden, da die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, einen größeren Varianzanteil von Therapieerfolg durch 5 Faktoren aufzuklären. Um die Ökonomie der Studien zu erhöhen, besteht die Möglichkeiten nur mit den für den Therapieerfolg relevanten Subskalen-Items der zusätzlichen Inventare zu

arbeiten. Da aber das Mehrfaktorenmodell auf einem schon in der Forschung erprobten composite Item basiert und keine zusätzlichen Variablen beinhaltet, kann dies ohne Fragenbogenselektion mit Hinblick auf Ökonomie und Replikation einer Studie verwendet werden, sollten die Faktoren sich über weitere Untersuchungen und mehrere Stichproben hinweg als stabil erweisen. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden beide Faktorenmodelle und deren Ergebnisse diskutiert.

**Tabelle 148 a**

*Ergebnisdarstellung der vertiefenden Analyse: Therapeutenvariablen für die signifikanten Veränderung der abhängigen Variablen aus RES, FAMOS, INK, BFWE und der Stundenbögen der Patienten*

Effekte Patientenvariablen	Therapeuten- variablen	Therapeuten- variablen	Therapeuten- variablen	Therapeuten- variablen
BFWE_positive Lebenseinstellung	Supervisorenbogen _Therap. Beziehung	FAMOS_ Bildung		
BFWE_Problem- bewusstheit	RES_Alltags- unterstützung	RES_nahe Beziehungen	U-Bogen_ Fordern	
BFWE_körperliche Beschwerden	Supervisorenbogen _Methoden- geschick			
BFWE-Effekt- Selbstwert	Supervisorenbogen _Therap. Beziehung,			
BFWE__depressive Stimmung	Supervisorenbogen Therap. Beziehung			
BFWE_Lebensfreude	Supervisorenbogen Therap. Beziehung			
BFWE_Zufriedenheit	Supervisorenbogen Therap. Beziehung			
BFWE_negative Befindlichkeit	FAMOS_Bildung			
RES_Index	Supervisorenbogen _Therap. Beziehung	Rollenspiel_ Kompetenz		
FAMOS_ Anerkennung	Kognitive Komplexität	U-Bogen_ Schuldgefühle	INK_ Hilflosigkeit	FAMOS_ Autonomie



**Tabelle 148 b**

*Ergebnisdarstellung der vertiefenden Analyse: Therapeutenvariablen für die signifikanten Veränderung der abhängigen Variablen aus RES, FAMOS, INK, BFE und der Stundenbögen der Patienten*

Effekte Patientenvariablen	Therapeuten- variablen	Therapeuten- variablen	Therapeuten- variablen	Therapeuten- variablen
FAMOS_ Vermeidung	Rollenspiel_ Interesse am Wohlergehen	NEO_ Extraversion		
INK_Annäherung	Supervisoren- bogen_ Flexibilität Bedürfnis			
INK_Vermeidung	FAMOS_ Bildung	IMA_Elternbild		
StBP_Problem- bewältigung	PSSI_ST	U-Bogen_nein sagen	Supervisoren bogen_ Selbstoffenb ahrung	
StBTh_Offenheit Pat.	Soziale Wahrnehmung	Supervisorenbogen_ Flexibilität Bedürfnis		
StBTh_Anstrengung	Soziale Wahrnehmung	IMA_Offenheit	RES_emotio nales coping, FAMOS_ Selbstbe- lohnung	IIP-64_ ausnutzbar, IIP- 64_ selbstunsicher

Die Variablen, welche mittels rückwärtsgerichteter Regression in Kapitel 6.4 Vertiefende Analyse identifiziert wurden (Tab 148 a/b), sind unabhängig von den identifizierten Prädiktoren der Faktorenanalyse zu betrachten. Die dort aufgeführten Variablen weisen untereinander sowie mit den Prädiktoren aus den Faktorenanalysen und den dazugehörigen Regressionen korrelative Zusammenhänge auf. Die Prädiktoren der vertiefenden Analyse sind somit nicht als ergänzende Prädiktoren zu betrachten, da sonst von

einer Alphafehlerkumulierung auszugehen ist, sondern als alternative Variablen zur Varianzaufklärung auf Subskalenebene.

Besonders zu unterstreichen ist die Bedeutung der Fähigkeit des Therapeuten, die Therapeutische Beziehung zu gestalten, welche vor allem auf der Subskalenebene des BFWE zu finden ist. Aufgrund des Merkmales des Altruismus auf Finalfaktorebene, scheint sich der Einfluss der patientenorientierten Beziehungsgestaltung aber besser durch „PSSI\_SL“ und „FAMOS\_anderen helfen“ ausdrücken zu lassen. Inhaltliche Überschneidungen zwischen den Konstrukten sind aber deutlich zu identifizieren. Die Einflusskomponente der therapeutischen Beziehungsgestaltung wird auch im Finalfaktorenmodell auf den Therapieprozess/-fortschritt deutlich.

## **6.9 Rückgriff auf die gestellten Hypothesen**

Betrachtet man die unter Kapitel 3.2 formulierten Hypothesen wird deutlich, dass sie mit diesem Datenbild nicht eindeutig durch einen Signifinaztest bestätigt oder abgelehnt werden können. Für künftige Untersuchung empfiehlt sich daher eine strengere Operationalisierung der Hypothesen mit Rückgriff auf weniger Merkmale pro Hypothese. Dennoch soll im Folgenden versucht werden die Hypothesen differenziert zu betrachten und mit verschiedenen Befunden für oder gegen die Hypothese zu argumentieren.

### **6.9.1 Hypothese 1**

Hypothese 1: Der spätere Therapieerfolg lässt sich auf eine hohe Ausprägung von kognitiver Komplexität und Ambiguitätstoleranz von Psychologieabsolventen und -absolventinnen vor Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten zurückführen.

Die erste Hypothese ist anhand des Datenbildes so formuliert abzulehnen. Aufgrund der hohen korrelativen Überlappung der Daten werden Einflussbereiche der Kognitiven

Komplexität, wie beispielsweise beim Einfluss auf die Veränderung des Anerkennungsmotives (Tab. 148 a/b), durch andere Therapeutenmerkmale im Finalfaktorenmodell besser erklärt. So ist an dieser Stelle beispielsweise der Einfluss des Selbstbewusstseins des Therapeuten zu nennen, welcher durch die Variablen „NEO\_Extraversion“ und „INK\_Hilflosigkeit“ abgebildet wird. Laut Lammers (2014) ist hohes gut ausgeprägtes Selbstbewusstsein auf Seiten des Therapeuten positiv mit dem Therapieerfolg korreliert (Lammers, 2014), was diese Studie bestätigt. Betrachtet man hier die Ambiguitätstoleranz, so wird ersichtlich, dass die Fähigkeit sowohl positive als auch negative Gesichtspunkte im Problemlöseprozess zu erkennen und Probleme nicht als unlösbare Fragestellungen zu betrachten, entscheidend mit dem Therapieerfolg in Finalfaktor 1 „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“ zusammenhängt. Das Selbstbewusstsein und die kognitive Fähigkeit zum multidimensionalen Problemverständnis trägt entscheidend zur Problemlösekompetenz des Therapeuten bei, was wiederum das Problemlöseverhalten des Patienten positiv beeinflusst. D’Zurilla und Nezu (2010) weisen beispielsweise darauf hin, dass die Fähigkeit eines Therapeuten, Problemstellungen zu lösen und zu betrachten, positiv korreliert mit der Fähigkeiten, situationsabhängig Problemlösestrategien anzuwenden, neu zu entwickeln oder zu vermitteln. Erlebt der Patient den selbstbewussten Umgang mit Problemen oder flexiblen Fragestellungen beim Therapeuten, so kann dieser von ihm lernen und somit sein eigenes Wohlbefinden/ Kongruenzerleben verändern. Es lässt sich somit argumentieren, dass nicht die kognitive Flexibilität allein den Therapieerfolg beeinflusst, sondern die selbstbewusste Problemlösekompetenz und die Ambiguitätstoleranz in Bezug auf unlösbare Probleme.

Ambiguitätstoleranz zeigt auf Subskalenebene in der vertieften Analyse positive Effekte. In Bezug auf die Veränderung des Kongruenzerlebens durch die Auflösung oder Reduktion von Vermeidungsschemata („INK\_Vermeidung\_Effekt“), zeigt die

Ambiguitätstoleranz bezüglich des Elternbildes einen Effekt. Schemata, welche in der Jugend oder durch die Eltern geprägt wurden sind, werden somit multidimensional in der Therapie betrachtet und verändert. Diese Veränderung der Schemata lässt auch eine Veränderung der eigenen Schemata des Patienten zu, sodass eine Reduktion dysfunktionaler und alter generalisierter Überzeugungen erfolgt. Auffallend in Bezug auf die Ambiguitätstoleranz ist auch, dass sie auf Subskalenebene mit der therapeutischen Anstrengung im Therapieprozess ursächlich zusammenhängt. Auf Subskalenebene zeigt die Ambiguitätstoleranz zu Offenheit für neue Erfahrungen einen Effekt auf die Anstrengung des Therapeuten im Therapieverlauf.

Verlässt man allerdings die Subskalenebene, verliert sich die Ambiguitätstoleranz in Bezug auf Offenheit für neue Erfahrungen oder in Bezug auf das Elternbild als Einflussbereich auf den Therapieerfolg, da die durch diese aufgeklärte Varianz besser durch andere Variablen erklärt wird.

### **6.9.2 Hypothese 2**

Hypothese 2: Der spätere Therapieerfolg lässt sich auf eine hohe Empathiefähigkeit sowie hohe soziale Kompetenz im Sinne von sozialem Verständnis, Beziehungsaufbau und -kompetenz im therapeutischen Erstgespräch und sozialer Wahrnehmung zurückführen.

Die zweite Hypothese ist mit Blick auf die Formulierung teilweise zu verwerfen, da die Variablen von Therapeutenkompetenz und Empathiefähigkeit keinen signifikanten Einfluss mit Therapieerfolg aufweisen. Den Einfluss, den diese Variablen auf den Therapieerfolg haben könnten, wird von anderen Variablen überschattet. Empathiefähigkeit und therapeutische Kompetenz vor der Weiterbildung nehmen also keinen essentiellen Wert für Therapieerfolg ein, wenngleich die Wichtigkeit dieser Faktoren nach der Weiterbildung oder während der Ausbildung nicht in Abrede gestellt werden sollte. Betrachtet man beispielsweise die Subskalenanalyse, so zeigt sich, dass die Therapeutenkompetenz vor

Beginn der Weiterbildung, welche mittels Beobachterrating im Rollenspiel erhoben wurde einen positiven Zusammenhang mit dem RES\_Index aufweist (Tab. 153).

Aspekte der Hypothese, die es zu bestätigen gilt, beziehen sich auf die Wichtigkeit der Gestaltungsfähigkeit therapeutischer Beziehung und der sozialen Wahrnehmung des Therapeuten. Dass Soziale Wahrnehmung ein wichtiges Therapeutenmerkmal für Therapieerfolg ist, ist zu bestätigen, da diese im Therapieprozess (Faktor 4 oder Finalfaktor 2) einen Prädiktor für den Therapieerfolg in der Regressionsrechnung darstellt. Der Therapieprozess kann sowohl im Finalfaktorenmodell, als auch im Mehrfaktorenmodell als einzelne zu identifizierende Komponente genannt werden. Ihr Einflussspielraum variiert zwischen 9,05% und 13,74% (Tab. 37a; Tab. 151a). Im Falle des geringeren Einflusses werden lediglich die im Faktor Therapieprozess eingeflossenen Stundenbogengrößen von Therapiefortschritt und Therapiebeziehung erfasst. Im Faktor erfolgte eine Integration dieser beiden Maße durch die Ermittlung der jeweiligen Skalenmittelwerte, dividiert durch die Standardabweichung zum Postzeitpunkt, um den Effekt zu ermitteln. Da die Items aus dem Patientenbogen nicht mit dem composite-Item Therapieerfolg korrelieren, die Therapeutensicht allerdings schon, werden diese Skalenmittelwerte in der Berechnung des Finalfaktors 2 mitberücksichtigt. So werden zur Konstruktion des Finalfaktors 2 neben der Patientensicht der Problembewältigung, die Therapeutenbeobachtungen eigenen Anstrengung und zur Offenheit des Patienten, zusätzlich zum Faktor 4\_Therapieprozess, explizit miteinbezogen.

In der Analyse fällt auf, dass neben der Konstanten der „Sozialen Wahrnehmung“ beispielsweise im Finalfaktorenmodell auch die Einschätzung des Therapeuten darüber, ob er sich von Beginn an in der Beziehung zu der Patientin oder dem Patienten wohlfühlt, einen signifikanten Einfluss auf den Therapieerfolg hat. Die Therapeutische Beziehung als solche hat aber besonders auf Subskalenebene einen Zusammenhang mit Therapieerfolg. Betrachtet

man beispielsweise den die Auswertung des BFW in Kapitel 6.4.1, so nimmt die Qualität der therapeutischen Beziehung einen positiven Einfluss auf die Lebensfreude, die Zufriedenheit, die positive Lebenseinstellung und den Selbstwert des Patienten. Gleichfalls lässt sich ein negativer Zusammenhang zur depressiven Stimmung ausmachen. Einen signifikanten Einfluss nimmt die Qualität der therapeutischen Beziehungsgestaltung vor Beginn der Weiterbildung auch auf die Ressourcenbildung des Patienten.

Trotz der Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung auf Subskalenebene ist davon abzusehen, sie als zusätzliche varianzaufklärende Variable zu betrachten, da der Varianzanteil, welcher durch sie aufgeklärt würde, bereits durch andere Variablen besser erklärt wird. Die Subskalen des BFW, welche im Finalfaktorenmodell unter „Finalfaktor 1\_Wohlbefinden /Kongruenz“ subsumiert werden, werden wohl aufgrund inhaltlicher Überscheidung von patientenorientierter Beziehungsgestaltung und Altruismus im Varianzanteil des Merkmals „Selbstlosigkeit des Therapeuten“ ausgedrückt. Betrachtet man beispielsweise die Komponente der Persönlichkeitsausprägung „Selbstlosigkeit“ (PSSI\_SL) oder dem Motiv anderen helfen zu wollen (FAMOS\_anderen helfen), sind dies alles Faktoren, welche eine positive therapeutische Beziehung prägen können, da der Patient das Engagement des Therapeuten spürt und sein Hilfesuch als angenommen sehen kann. Besonders herausstehend ist das Merkmal der Selbstlosigkeit des Therapeuten in der Therapie mit Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierungen oder -störungen zu erwähnen. Es gibt Hinweise, dass die Hingabe des Therapeuten und die selbstlose Fokussierung auf den Patienten sowohl bei dem offenen grandiosen Typus, als auch beim verdeckten Narzissmus effektiv ist (Kernberg, 2019; Luncher et al., 2008). Außerdem lässt sich in der vorliegenden Arbeit ein inhaltlicher Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und der Flexibilität des Therapeuten, auf das Bedürfnis des Patienten einzugehen, ausmachen. Andreatta et al. (2011) argumentieren auf Grundlage ihrer Studie, dass ein Therapeut,

basierend auf seinen interpersonellen Kompetenzen, eine therapeutische Beziehung zu gestalten und flexibel auf die Problemstellungen des Patienten einzugehen (Problemlösekompetenz), höheren Therapieerfolg verzeichnet (Andreatta et al., 2011). Der enge Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieerfolg wird somit nicht gänzlich negiert, sondern nur durch andere Variablenausprägungen (hier die Merkmale „Selbstlosigkeit“ und „Flexibilität auf das Patientenbedürfnis“ einzugehen) ausgedrückt. Letztere trägt zur Varianzaufklärung des Faktors „Belastungsreduktion“ sowie der explizit wahrgenommene und berichtete positive Veränderung des Patienten (Faktor 3 beziehungsweise Finalfaktor 5) bei.

### **6.9.3 Hypothese 3**

Hypothese 3: Der spätere Therapieerfolg lässt sich auf bestimmte Motivstrukturen und erlebte Konsistenzen des Therapeuten zurückführen, welche schon vor Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten vorhanden waren, so zum Beispiel die Abwesenheit eines starken Kontrollmotivs und das Vorhandensein eines starken Bildungsmotivs.

Implizit allerdings kann das Vorhandensein einer geringen Ausprägung des Kontrollmotivs in Erwägung gezogen werden, da die Flexibilität des Therapeuten vor Beginn der Therapeutenweiterbildung in Zusammenhang mit dem späteren Therapieerfolg steht (Tab. 33b; Tab. 146b). Betrachtet man die Datenlage, so Hinweise ersichtlich, dass die Flexibilität, welche der Therapeut im Therapieverlauf zeigt einen Zusammenhang mit der vom Patientenberichteten Genesung hat (Faktor „explizite Veränderung“ (Tab. 26) beziehungsweise Finalfaktor „explizite Veränderung“ (Tab. 145) hat. Ebenso zeigt sich der Einfluss therapeutisch flexiblen Handelns im Faktor 1 „Belastungsreduktion“ (Tab. 18)

Geht man nun weiter auf Beutler (2004) ein, dass eine bestimmte Motivstruktur bei Therapeuten ausgeprägt sein sollte, um zum Therapieerfolg beitragen zu können, so lässt sich

diese bestätigen. So sind beispielsweise das Motiv „anderen zu helfen“ oder das „Bildungsmotiv“ im Finalfaktorenmodell signifikante Prädiktoren für Therapieerfolg auf Therapeutenseite.

Die Bildung und das Streben des Therapeuten nach eigener Entwicklung regt den Patienten auf Motivebene zur aktiven Beteiligung an der Reduktion von psychischen und physischen Beschwerden an (Finalfaktor\_ Psychische und physische Beschwerden) und weist ebenfalls einen positiven Zusammenhang mit dem Faktor\_Persönlichkeitsentwicklung auf.. Das therapeutische Motiv des „dem Menschen helfen wollen“ spiegelt sich als Einflussgröße im größten Finalfaktor 1 „Wohlbefinden/ Kongruenz“ wider. Beutlers Aussage, dass eine bestimmte Motivstruktur bei Therapeuten vorhanden sein sollte, scheint sich laut hiesiger Datenlage zu bestätigen. Hervorzuheben sind hier das Motiv des Altruismus und der Bildung. Betrachtet man die Analyse unter Kapitel 6.4, so identifiziert man auch das Bildungsmotiv (erhoben durch FAMOS\_Bildung) als Therapeutenmerkmal im Zusammenhang mit der Veränderung der Vermeidungsschemata des Patienten, der negativen Befindlichkeit und der positiven Lebenseinstellung.

Neben den Motivstrukturen führen Beutler et al. (2004) an, dass das Konsistenzerleben des Therapeuten sich positiv auf den späteren Therapieerfolg auswirkt. „INK\_Leben auskosten“ zeigt sich als Einflussgröße des Therapeuten prä Therapeutenweiterbildung auf den späteren Therapieerfolg im Faktor 2 „Persönlichkeitsentwicklung“. Es scheint, als würde eine positive Lebenseinstellung, sein Leben auskosten zu wollen, sich auf die Persönlichkeitsentwicklung des Patienten auswirken. Konsistent mit dieser Theorie sind die Ergebnisse, dass das Wohlbefinden („RES\_Wohlbefinden“) sowie die Selbstfürsorge des Therapeuten (RES\_Selbstfürsorge) einen signifikante Komponente in Bezug auf die Veränderung des Faktors „Persönlichkeitsentwicklung“ darstellen.



Selbstfürsorglich zu sein und auf sein Wohlbefinden zu achten, obgleich man beispielsweise die therapeutische Beziehung patientenorientiert gestaltet, spielt eine wichtige Rolle für eine stabile Psyche und ein stabile professionelle und effektive therapeutische Beziehung (Luncker et al., 2008). Hierbei ist vor allem auf den Unterschied zwischen „Selbstlosigkeit“ und „Selbstaufopferung“ zu legen.

## **7. Diskussion**

### **7.1 Diskussion der Methodik und Ergebnisse**

Zunächst ist zu erwähnen, dass die hier beschriebenen Ergebnisse nicht auf die Items zu beschränken sind, da weitere Untersuchungen mit einer ausreichend großen Stichprobe und Replikationen nötig sind, um diese Befunde aussagekräftig zu bestätigen and die Relevanz anderer Items oder Konstrukte auszuschließen. Es sollte überprüft werden, ob sich die identifizierten Variablen Soziale Wahrnehmung, Flexibilität, Bildungsmotiv, Stabilität, Selbstbewusstsein und Selbstlosigkeit für die entsprechenden Faktoren auf Konstrukt- nicht auf Itemebene- replizieren lassen. Hier kann auf dieselbe Erhebungsmethodik mit ausreichend großer Stichprobe oder auf andere Messmittel, welche dieselben Konstrukte abbilden zurückgegriffen werden. Anzumerken ist aber auch, dass nicht nur die Variablen allein für diese Varianzaufklärung stehen. Für die Varianzaufklärung von 11.28% des composite-Items Therapieerfolg im Falle des Mehrfaktorenmodells benötigt es alle im jeweiligen Regressionsmodell aufgeführten Variablen, nicht nur die signifikanten Terme. Im Falle des Finalfaktorenmodells gilt dies gleichermaßen, auch hier führen die Modelle zu der Varianzaufklärung von 13,21%, nicht nur die signifikanten Variablen. Dies ist so zu verstehen, dass  $R^2_{\text{Korr}}$  die Varianzaufklärung des jeweiligen Modells berechnet und der signifikante T-Wert die expliziten Variablen im Modell angibt, welche allerdings nur unter Berücksichtigung von Kovariaten oder konfundierenden Variablen, die entsprechende Varianz laut  $R^2$  aufklären können, auch wenn diese selbst keinen signifikanten Beziehung zu „Therapieerfolg“ haben.

In der vorliegenden Studie konnte teilweise nur mit einer Stichprobe von  $N < 60$  gerechnet werden, da es viele fehlende Daten gab, was die Möglichkeit offenlässt, dass mögliche signifikante Effekte statistisch nicht signifikant erscheinen. Es bleibt also zu überprüfen, ob möglicherweise weitere Variablen identifiziert werden können, die weitere Varianz innerhalb der entsprechenden Faktoren von Therapieerfolg aufklären können.

Alternativ zu dem Faktorenmodell bietet eine größere Stichprobe auch die Möglichkeit, eine direkte lineare Regression von Therapieerfolg auf die möglichen unabhängigen Variablen zu berechnen. In der hier durchgeführten Untersuchung war eine direkte lineare Regression nicht möglich, da die Vielzahl theoriebasierter möglicher unabhängiger Variablen für die bestehende Probandenanzahl zu hoch war. Greift man die theoriegeleiteten Hypothesen auf, so sind mindestens folgende Merkmale mögliche Faktoren für Therapieerfolg<sup>5</sup>: Kognitive Komplexität, Ambiguitätstoleranz, Soziale Wahrnehmung, Soziale Kompetenz, Therapeutenkompetenz, Empathie, Therapeutische Beziehung, Therapeutische Motive, Konsistenzerleben des Therapeuten. Es bleibt zu erwähnen, dass die eben beschriebenen Merkmale teilweise durch mehrere Variablen abgebildet sind. Hier wird aber davon ausgegangen, dass mindestens diese neun Merkmale als jeweils eine Variable zusammengetragen werden können, so ist es laut Stichprobenumfangsplanung mit G-Power 3.1.9.2 für einen mittleren Effekt ( $f^2=0.15$ ), notwendig eine Therapeutenstichprobengröße von  $N=166$  in die Berechnungen aufzunehmen. Um kleine Effekte ( $f^2=0.02$ ) zu finden, würden bei einer direkten Regressionsberechnung ohne die Bildung von Faktoren für Therapieerfolg, 1188 Therapeuten benötigt.

---

<sup>5</sup> Anzumerken ist, dass aus den in der Studie erhobenen Daten aufgrund der verwendeten Methodik keine Kausalschlüsse zu ziehen sind. Kausale Aussagen nicht streng aus den hier vorliegenden Befunden ableitbar, können aber hypothetisiert werden und im Experiment überprüft werden.

Außerdem ist zu bedenken, die Ergebnisse und möglichen Kausalvariablen nicht als absolut zu betrachten, da der Einflussfaktor von anderen Variablen auf Subkategorien des Therapieerfolgs ebenfalls ausgemacht werden konnte. Zu betrachten ist hier vor allem die therapeutische Beziehung, die einen Einfluss auf die separat betrachteten BFW-Effekte hat. Zudem ist die Fülle an korrelativen Überschneidungen der potentiellen unabhängigen Variablen zu erwähnen. Zum einen können inhaltliche Parallelen identifiziert werden, zum anderen scheinen theoretische Konstrukte wie beispielsweise Kongruenzerleben und Motivebene sich zwar voneinander zu unterscheiden, doch auf Basis der Datenlage sehr große Ähnlichkeiten aufzuweisen. Die rückwärtsgerichtete Regression berechnet nach dem Ausschlussverfahren das Regressionsmodell, welches die höchste Varianz aufklärt und eliminiert die Variablen, welche eine Varianzaufklärung minimieren würden. Aufgrund statistischer Wechselwirkung während des Eliminationsprozesses kann es zu Vorzeichenwechseln kommen. Diese statistischen Phänomene können laut Onyebucchi (2008) auf Suppressoreffekte, Multikollinearität oder beispielsweise auf das Simpson Paradoxon zurückzuführen sein. Es ist nicht davon auszugehen, dass es sich bei dem Vorzeichenwechsel von „RES\_Wohlbefinden“ als Prädiktor für Faktor 2 „Persönlichkeitsentwicklung“ (Tab. 149) und „FAMOS\_anderen helfen“ als Prädiktor für Finalfaktor 1 „Psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“ oder bei „Rollenspiel\_TStB\_pos. Therapiebez.“ als Prädiktor für Finalfaktor 2 „Therapieprozess/-fortschritt“ (Tab. 150 a/b) um Multikollinearität handelt. Zwischen allen Prädiktoren besteht keine Multikollinearität, was durch den VIF-Wert unter 10 und die Toleranz unter .1 in der Kollinearitätsstatistik nachgewiesen werden konnte, sodass die Daten trotz kleiner Stichprobengröße interpretiert werden können und es sich bei dem Vorzeichenwechsel wohl um einen Suppressoreffekt handelt.

**Tabelle 149***Zusammenfassung der Ergebnisse zwischen Faktoren und relevanten Therapeutenvariablen*

		Therapieerfolg _ Index	Faktor 1_ Belastungs- reduktion	Faktor 2_ Persönlichkeits- entwicklung	Faktor 3_ explizite Veränderung	Faktor 4_ Therapie- prozess
Therapieerfolg_ Index	r	1	.692**	.916**	.418**	.225*
	N	104	104	104	104	104
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
Faktor 1_ Belastungs- reduktion	r	.692**	1	.514**	.227**	.006
	N	104	139	137	136	135
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
Faktor 2_ Persönlichkeits- entwicklung	r	.916**	.514**	1	.133	.190*
	N	104	137	138	136	134
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
Faktor 3_explizite Veränderung	r	.225*	.006	.190*	.141	1
	N	104	135	134	137	221
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
Faktor 4_ Therapie- prozess	r	.418**	.227**	.133	1	.141
	N	104	136	136	142	137
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-
Supervisoren- bogen_Flex. Bed.	r	.269	.263*	.072	.344**	.067
	N	44	57	55	59	86
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.179	-	.103	-
	T	-	2.290*	-	2.768**	-
FAMOS_ Bildung	r	.195*	.250**	.198*	.007	-.085
	N	104	139	138	142	221
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.183	-	-	-
	T	-	2.541*	-	-	-
INK_Leben auskosten	r	.205*	-.005	.218*	.061	-.027
	N	104	139	138	142	221
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.183	-	-	-
	T	-	2.465*	-	-	-
RES_ Wohlbefinden	r	.117	.056	.181*	.063	-.011
	N	104	139	138	142	221
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.183	-	-	-
	T	-	-2.797**	-	-	-
RES_ Selbstfürsorge	r	.124	.053	.237**	.117	-.002
	N	104	139	138	142	221
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.183	-	-	-
	T	-	3.091**	-	-	-
Soziale Wahrnehmung	r	-.019	-.079	-.014	-.120	.299**
	N	70	93	92	95	150
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	.349
	T	-	-	-	-	2.522*

Anmerkung. \* signifikant p&lt;.05; \*\* signifikant p&lt;.01

**Tabelle 150 a***Zusammenfassung der Ergebnisse zwischen Finalfaktoren und relevanten Therapeutenvariablen*

		Therapieerfolg_ Index	Finalfaktor 1 Psych. Wohl- befinden/ Kongruenz	Finalfaktor 2 Therapie- prozess/- fortschritt	Finalfaktor 3 psych. und phys. Beschw.	Finalfaktor 4 Motive	Finalfaktor 5 explizite Verän- derung
Therapieerfolg_ Index	r	1	.609**	.288**	.472**	.356**	.418**
	N	104	104	104	100	104	104
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-	-
Finalfaktor 1	r	.609**	1	.160	.371**	.185*	.132
	N	104	143	139	129	137	138
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-	-
Finalfaktor 2	r	.288**	.160	1	.069	.030	.111
	N	104	139	222	125	134	137
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-	-
Finalfaktor 3	r	.472**	.371**	.069	1	.252**	.191*
	N	100	129	125	129	128	128
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-	-
Finalfaktor 4	r	.356**	.185*	.030	.252**	1	.163
	N	104	137	134	128	138	137
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-	-
Finalfaktor 5	r	.418**	.132	.111	.191*	.163	1
	N	104	138	137	128	137	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	-
	T	-	-	-	-	-	-
PSSI_SL	r	-.004	.288**	-.065	-.044	-.021	-.060
	N	104	143	222	129	138	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.289	-	-	-	-
	T	-	2.441**	-	-	-	-
FAMOS_anderen helfen	r	-.045	.181*	-.022	.084	.007	-.123
	N	104	143	222	129	138	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.289	-	-	-	-
	T	-	-2.957**	-	-	-	-

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

**Tabelle 150 b***Zusammenfassung der Ergebnisse zwischen Finalfaktoren und relevanten Therapeutenvariablen*

		Therapieerfolg _ Index	Finalfaktor 1 Psych. Wohl- befinden/ Kongruenz	Finalfaktor 2 Therapie- prozess/- fortschritt	Finalfaktor 3 psych. und phys. Beschw.	Finalfaktor 4 Motive	Finalfaktor 5 explizite Verän- derung
IMA_unlös- Probleme	r	.089	.166*	-.016	.107	.056	-.054
	N	104	143	222	129	138	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	.289	-	-	-	-
	T	-	2.661*	-	-	-	-
Soziale Wahrnehmung	r	-.019	.010	.284**	-.057	.070	-.120
	N	70	97	151	87	92	95
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	.105	-	-	-
	T	-	-	3.405**	-	-	-
Rollenspiel_ ThStB pos. Therapiebez.	r	.005	.163	-0.158*	-.011	.016	-.009
	N	102	139	218	125	134	138
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	.105	-	-	-
	T	-	-	-2.037*	-	-	-
FAMOS_ Bildung	r	.195*	.198*	-.085	.236**	.034	.007
	N	104	143	222	129	138	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	.072	-	-
	T	-	-	-	2.326*	-	-
NEO_ Extraversion	r	-.058	.117	-.031	.031	.202*	-.062
	N	104	143	222	129	138	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	.161	-
	T	-	-	-	-	2.561*	-
INK_ Hilflosigkeit	r	.121	-.067	.076	.023	.181*	-.056
	N	104	143	222	129	138	142
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	.161	-
	T	-	-	-	-	2.503*	-
Rollenspiel_ PStB_ Interesse am Wohlergehen	r	-.161	-.065	.072	-.014	-.277**	-.049
	N	102	139	218	125	134	138
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	.161	-
	T	-	-	-	-	-2.399*	-
Supervi- sorenbogen_ Flex. Bed.	r	.269	.428**	.121	.185	-.061	.344**
	N	44	59	86	55	55	59
	R <sup>2</sup> <sub>Korr</sub>	-	-	-	-	-	.103
	T	-	-	-	-	-	2.768*

*Anmerkung.* \* signifikant  $p < .05$ ; \*\* signifikant  $p < .01$

Das Simpson Paradoxon beschreibt, dass der beobachtete Haupteffekt, also die ursprünglich positive Korrelation der eben erwähnten Variablen mit dem jeweiligen Faktor von Therapieerfolg, sich umkehren kann, wenn einem Modell eine Interaktion oder weitere Prädiktorvariable hinzugefügt wird, die dessen Varianz bereits aufklärt. Aufgrund der Konfundierung der Variablen wechselt das Vorzeichen einer Variablen, um nicht fälschlicherweise mehr Varianzaufklärung anzunehmen, als tatsächlich durch ein Merkmal aufgeklärt wird. Im Falle von „FAMOS\_anderen helfen“ bei Faktorfaktor 1, wird beispielsweise dessen Varianzanteil des Merkmals „Altruismus“ bereits durch „PSSI\_SL“ aufgeklärt, sodass der signifikante Einfluss der FAMOS-Subskala einem Vorzeichenwechsel unterliegt. Der negative Wert bei „FAMOS\_anderen helfen“ kann somit als statistisches Artefakt behandelt werden. Ähnlich verhält es sich beispielsweise mit der Variable „RES\_Wohlbefinden“ und dem Faktor 2\_Persönlichkeitsentwicklung. Die Varianz, die durch die Subskala „RES\_Wohlbefinden“ aufgeklärt würde, wird, so inhaltlich hergeleitet- bereits durch andere Variablen wie „INK\_Leben auskosten“ oder „RES\_Selbstfürsorge“ aufgeklärt. Damit es zu keiner Überschätzung der Varianzaufklärung durch das Merkmal „Stabilität und Konsistenz“ kommt, wirkt „RES\_Wohlbefinden“ als Supressorvariable. Supressorvariablen mediiieren den Zusammenhang zwischen den signifikanten Prädiktoren einer Regressionsanalyse und dem Kriterium. Sie korrelieren selbst hoch mit den Prädiktoren und erhöhen durch ihre Integration ins Modell den Vorhersageanteil des signifikanten Prädiktors und unterdrücken die Aufklärung irrelevanter Varianzanteile. Es wird empfohlen, diese Variablen im Regressionsmodell beizubehalten, auch wenn diese keine eigene zusätzliche Varianz der abhängigen Variable aufklären (Wirtz, 2019; Wenninger, 2003). Geht man von einem Suppressionseffekt aus, bleiben somit im Mehrfaktorenmodell für den Faktor 2, das Bildungsmotiv, „INK\_Leben auskosten“ und „RES\_Selbstfürsorge“ als relevante Haupteffekte mit der Mediatorvariable „RES\_Wohlbefinden“ zu betrachten. Selbige

Interpretation ist für den Suppressionseffekt durch die Variable „FAMOS\_anderen helfen“ im Falle des Finalfaktor 1 und die Variable „Rollenspiel\_TStB\_pos. Therapiebez.“ anzuwenden. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass Ausbilder, welche Weiterbildungskandidat/Innen auswählen, einfache Kriterien für Ihr Auswahlverfahren benötigen. Sich an den Haupteffekten zu orientieren und die Mediatorvariablen als korrektive Variablen zu betrachten, erscheint daher für die Praxis sinnvoll.

## **7.2 Verbindung zwischen den Ergebnissen und der bekannten Forschung**

Die Faktoren des Mehrfaktorenmodells basieren auf dem bereits in der Forschung vielfach erprobten composite-item „Therapieerfolg“ (unter anderem Flückiger, Regli, Grawe & Lutz, 2007; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) und sind daher als erprobter und valider anzusehen, als die Faktoren des Finalfaktorenmodells, welche lediglich in der hier vorliegenden Arbeit unter Einbezug fünf weiterer Fragebogenverfahren gebildet wurden.

Bringt man die hier gefundenen 11,28% Varianzaufklärung des Therapieerfolgs durch Therapeutenmerkmale, welche bereits vor der Weiterbildung zum Psychotherapeuten in gewisser Weise ausgeprägt waren, in Bezug zu Lutz et al. (2007) ergibt sich eine interessante These. Lutz und Kollegen (2007) stellen heraus, dass 17,25% der Varianz des Therapieerfolgs durch Unterschiede zwischen den Therapeuten aufgeklärt werden. Gesetzt den Fall, rund 11,28% dieser Varianzaufklärung wären Faktoren, in denen sich die angehenden Therapeuten bereits vor der Psychotherapieweiterbildung unterschieden, so würde die Weiterbildung des Therapeuten etwa 6% der Varianz des Therapieerfolgs aufklären.<sup>6</sup> Bezieht man sich auf das Finalfaktorenmodell, welches mit seinen fünf Faktoren mehr Varianz aufklären kann (13,21%), so würde die Ausbildung des effektiven Therapeuten

---

<sup>6</sup> Sicherlich ist dies nicht so linear zu schlussfolgern, da die Operationalisierung der verschiedenen Items und das Studiendesign nicht identisch sind. In Anlehnung an Lutz et al. (2007) und diese Studie könnte aber zukünftige Forschung diese Annahme überprüfen.



vor Weiterbildungsbeginn nur knapp 4% des Therapieerfolgs steigern. Hierbei wäre interessant zu reflektieren, welche Inhalte und welche Übungen der Weiterbildung konkret zu diesem Erfolgseinfluss beitragen und ob es Möglichkeiten gibt, den Einfluss der Weiterbildung auf die Qualität der Psychotherapie zu erhöhen. Okiishi et al. (2003) betrachten angehende Psychotherapeuten in ihrer Studie und kommen während der Weiterbildung zu vergleichbaren Werten mit Lutz et al. (2007). Okiishi et al. (2003) schildern, dass der Faktor „Therapeut“ im Fall von angehenden Psychotherapeuten etwa 8,17% der Varianz von Therapieerfolg aufklärt. Die Autoren differenzieren hier aber nicht, welche konkreten Therapeutenvariablen zu dieser Varianzaufklärung führen. Es bleibt somit offen, ob die Therapeutenvarianz in Okiishis`Studie durch Merkmale erzeugt wurde, die prä- oder post-Weiterbildung erworben wurden. Auch bleibt in diesem Gedankenexperiment und den dafür herangezogenen Befunden offen, welche Therapeutenmerkmale zwar schon vor Beginn der Weiterbildung vorhanden sind, aber erst ihren Effekt aufgrund der gezielten Weiterbildung entfalten.

Der Fokus der Diskussion wird nun konkret auf die Variablen gelegt, welche sich zum einen im Mehrfaktorenmodell, zum anderen aber auch im Finalfaktorenmodell als signifikante Therapeutenvariablen prä Weiterbildung für den Therapieerfolg herausgestellt haben: Soziale Wahrnehmung, Flexibilität und das Bildungsmotiv des Therapeuten. Die Gemeinsamkeit dieser drei Variablen in den beiden Modellen, wird als Garant für ihren Einfluss auf Therapieerfolg gewertet. Dieser bleibt bestehen, trotz korrelativer Überschneidungen vieler Therapeutenvariablen untereinander und trotz unterschiedlicher Faktorengenerierung im Mehrfaktoren- und im Finalfaktorenmodell. Daraus wird geschlossen, dass die Konstrukte Therapeutische Flexibilität, Bildungsmotiv und Soziale Wahrnehmung einen wichtigen Einfluss der Varianzaufklärung darstellen, wenn diese auch vor der Therapeutenweiterbildung

höher ausgeprägt sind. Der Effekt von Selbstlosigkeit, Selbstbewusstsein und Stabilität sollte in weiteren Studien erneut verifiziert werden.

Zunächst soll die Variable der Sozialen Wahrnehmung näher beleuchtet werden. Ericsson (2009) führt aus, dass bloßes Training und Übung nicht ausreichen, um ein exzellenter und effektiver Therapeut zu sein. Auch Tracey et al. (2014) bestätigen, dass Erfahrung im therapeutischen und praktischen Kontext nur wenig zur Expertisebildung beiträgt, wenn Therapeuten keine ausreichende Information über die Wirkung ihrer Interventionen erhalten. Beispielsweise kann der Therapeut eine Intervention zur Stärkung der therapeutischen Beziehung einsetzen oder eine Gesprächstechnik, wie beispielsweise den sokratischen Dialog, ohne konkrete Rückmeldung seitens des Patienten zu erhalten, was diese Intervention in ihm oder im Genesungsprozess bewirkt hat. Die explizite Rückmeldung via Stundenbögen oder störungsspezifischer Prozessmaße erfolgt stets zeitversetzt und nicht unmittelbar in Bezug auf die erfolgte Intervention. So kann es zu Trugschlüssen, Fehlattritionen oder ausbleibenden Lernerfolgen kommen. Daher appellieren Fairburn und Cooper (2011) an eine qualitative Trainingsoffensive für Psychotherapeuten, da zum einen der Ruf nach Methodentraining, Schulung in innovativer Therapietechnik wie zum Beispiel in der Internet-basierten Therapie und der Kultivierung therapeutischer Fähigkeiten wie Beziehungsgestaltung und zwischenmenschlicher Wahrnehmung abseits von Theorie und Methodik, groß ist.

Abseits der Schulungsnotwendigkeit führt Caspar (2017) aus, dass exzellente Therapeuten subtile zwischenmenschliche Signale gut wahrnehmen, evaluieren und/oder interpretieren können. Diese guten Therapeuten können somit, neben dem expliziten Feedback zum Therapieerfolg oder zur Stundenqualität in Fragebögen, auch die sofortige implizite Rückmeldung des Patienten nutzen, um Schlüsse für ihr weiteres Handeln in der Therapiestunde zu ziehen. Diese Daten beschreiben die Wichtigkeit der Wahrnehmung von

intrinsic (das heißt, natürlich erhaltener und nicht durch Fragebögen erfasste) Rückmeldung im Therapieprozess als Garant für besseren Therapieoutcome. Diese Wahrnehmungsleistung scheint bei erfolgreicherer Therapeuten schon vor Beginn der Psychotherapieweiterbildung ausgeprägt zu sein, wie die hier durchgeführte Studie zeigt. Soziale Wahrnehmung, welche in der vorliegenden Untersuchung über eine Reaktionszeitsaufgabe des MTSI erfasst wurde, erfasst die Fähigkeit eines Menschen emotionale Qualitäten eines Reizes zu unterscheiden und aufgrund der Schnelligkeitskomponente der Testung, möglichst intuitiv und schnell auf den Reiz zu reagieren. Diese intuitive Komponente beziehungsweise Fähigkeit der „Sozialen Wahrnehmung“ lässt sich unter den „Therapeutischen Qualitäten“ (konkret: „Sozialen Kompetenzen des Therapeuten“) im integrativen theoretischen Modell fassen.

Zudem weist die Datenlage darauf hin, dass auch die Ebene der individuellen motivationalen Schemata im integrativen theoretischen Modell hohe Bedeutung für den Therapieerfolg hat. Zwar gibt es keine expliziten Evidenzen dafür, dass die Abwesenheit des Kontrollmotives sich positiv auf den Therapieerfolg auswirkt. Es zeigt sich aber, dass die Flexibilität des Therapeuten, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen, Varianz des Therapieerfolgs aufklärt. Wampold (2011) betont die Wichtigkeit, innerhalb der therapeutischen Allianz an gemeinsam gesteckten Zielen auf Basis eines gemeinsamen Problemverständnisses zu arbeiten. Effektive Psychotherapeuten schaffen es, ihrem Klienten ein adaptives und akzeptables Erkrankungs- und Behandlungsmodell zu vermitteln. Dieses Modell liefert psychologisch fundierte Krankheitsinformationen zur Pathogenese und Salutogenese. Es muss in seiner Vermittlungsart aber auch Passung zur sozialen, kulturellen und emotionalen Welt sowie zum kognitiven Verständnis des Patienten aufweisen. Kann der Patient das Krankheitsmodell, welches der Therapeut zu vermitteln versucht, zunächst nicht

annehmen, kann ein effektiver Therapeut das ausbleibende Commitment des Patienten auf verbaler und nonverbaler Art und Weise spüren, sodass er flexibel darauf eingehen kann.

Diese interpersonelle Kompetenz, eine komplementäre Beziehungsgestaltung anhand der Bedürfnisse des Patienten gestalten zu wollen, scheint bereits vor Beginn der Weiterbildung zum Psychotherapeuten vorhanden zu sein und letztlich auch prägend für den Therapieerfolg zu sein. Ein weiterer Faktor, welcher diese Annahme unterstützt sind, die Befunde im Bereich des BFWE. Hier wird die Supervisoreneinschätzung der therapeutischen Beziehung über nahezu alle Subskalen des Fragebogens als Faktor für positive Veränderungen im Bereich des Wohlbefindens identifiziert. Außerdem unterstützen auch die Merkmalsausprägungen des Altruismus und der Selbstlosigkeit auf Therapeutenseite die Annahme, dass eine patientenorientierte Beziehungsgestaltung sowohl das Wohlergehen und die Belastungsreduktion des Patienten (Faktor 1, Finalfaktor 1) objektiv wie auch subjektiv (Faktor 3, Finalfaktor 5) beeinflusst.

Dass Flexibilität im therapeutischen Kontext und in Bezug auf die Bedürfnisse des Klienten gute Therapeuten auszeichnet, zeigen auch Owen & Hilsenroth (2014). Die Autoren beschreiben, dass die Unabhängigkeit von einer schulenspezifischen Psychotherapie und eine Anpassung der Methodik an die aktuellen Bedürfnisse des Patienten, zu besseren Therapieergebnissen führt. Stiles (2013) führt an, dass Interventionen mit Hilfe von therapeutischer Beziehungsgestaltung individuell und neu in jeder Sitzung oder gar in jedem Moment einer Interventionsdurchführung hilfreich für den Genesungsprozess ist. Schon Bachelor (1995) führte aus, dass es Klienten unabhängig von der Methodik gibt, welche eine eher professionelle therapeutische Beziehung bevorzugen und jene, welche eine eher persönlichere Ebene brauchen. Die Ausführungen von Stiles (2013) ergänzen diese unterschiedlichen Ansprüche an eine therapeutische Beziehung durch die Notwendigkeit zwischen den beiden Beziehungsgestaltungen wechseln zu können, da die Bedürfnisse des

Patienten ebenso flexibel wechseln können, wie der Therapeut auf sie eingehen können sollte. An dieser Stelle kann Caspars Balancemodell (2003) angeführt werden. Nicht nur die Balance zwischen Herausforderung und Sicherheit im Therapieprozess scheinen wichtig für den Therapieerfolg zu sein, sondern auch die flexible und balancierte Ausrichtung zwischen den unterschiedlichen Bedürfnissen und Beziehungswünschen des Patienten. Soziale Wahrnehmung scheint somit ein Konstrukt zu sein, welche eng mit der Fähigkeit eines Therapeuten korreliert Beziehungen zu gestalten und so auf das Wohlbefinden des Patienten im Therapieprozess wirkt.

Ein weiteres für den Therapieerfolg wichtiges Motiv scheint das Bildungsmotiv des Therapeuten zu sein. Caspar (2017) bezieht sich auf das Modell von Dreyfus (1986), welches die Entwicklung vom Novizen zum Experten darlegt, um Unterschiede aufzuzeigen zwischen Psychotherapeuten im Anfangsstadium und Psychotherapeuten, welche als Experten auf ihrem Fachgebiet bezeichnet werden können. Der Fokus hier liegt auf der Informationsverarbeitung im Detail sowie der Nutzung intuitiver und flexibler Performanz ohne Qualitätsverlust im therapeutischen Kontext mit einem Experten. Während ein Novize relativ starr Informationen kategorisiert und simplifiziert, gelingt es dem Experten, Details zu verarbeiten und komplexe Zusammenhänge mit bereits bekannten Informationen herzustellen, um schnell innovativ und präzise zu reagieren.

Expertentum zu erreichen setzt ein Entwicklungsbestreben sowie auch die aktiven Bemühungen, sich stetig in seinem Handeln verbessern zu wollen (Duncan, 2010) voraus. Auch Avelin (2005) zeigte bereits, dass der Charakter eines guten Therapeuten durch Ambition, Beziehungsfokussierung und lebenslanges Lernenwollen gekennzeichnet ist. Dieser Bildungsdrang ist, was vermutlich über die Items der Subskala „FAMOS\_Bildung“ abgedeckt wird. Für die Praxis führt unter anderem Ericsson (2015) den Begriff des bewussten Lernens oder der reflektierten Praxis (englisch: *deliberate practice*) an. Reflektiertes und

praxisorientiertes Training zu ermöglichen, wie Caspar (2017) es in seiner Utopie beschreibt, setzt die Möglichkeit des bewussten Lernens voraus. Laut Ericsson (2015) müssen Beginner die Motivation aufweisen, ihre Performanz weiterzuentwickeln und den Willen haben, sich zu verbessern, um effektiv lernen zu können. Ohne dieses Bildungs- oder auch Entwicklungsmotiv ist Verstehen auf unterschiedlichen Ebenen der Komplexität nicht in Gänze möglich. Neben der Lernkomponente kommt die Wissenskomponente hinzu. Diese kann durch sofortige Rückmeldung und konstruktive Kritik erweitert werden. Korrekturen von zuvor unpassenden Interventionen oder Handlungen seitens des Therapeuten erfolgen dann entsprechend der regelmäßigen Rückmeldung und Wiederholung. Exzellente Therapeuten nutzen, wie bereits oben erwähnt, die direkte Rückmeldung durch „Sozialen Wahrnehmung“ im therapeutischen Kontext. Sie sind aber laut Duncan (2010) auch eher bereit zur Selbstreflektion, Fortbildung, Supervision und konstruktiver Selbstkritik.

### **7.3 Implikationen für Forschung und Praxis der Therapeutenweiterbildung**

Laut Weck (2013) wird der Analyse der therapeutischen Kompetenzen und deren Kultivierung in der heutigen Forschung immer größere Bedeutung zuteil. Für die zukünftige Forschung bleibt zu überprüfen, ob die Konstrukte Soziale Wahrnehmung, Bildungsmotiv und Flexibilität in Bezug auf das Patientenbedürfnis auch in anderen Stichproben Bestand behalten. Zudem bleibt zu prüfen, ob die Stabilität und Kongruenz des Therapeuten, dessen Altruismus und Selbstbewusstsein sich ebenfalls als Therapeutenmerkmale identifizieren lassen, welche modellübergreifen und konstant den Unterschied zwischen effektiven und weniger effektiven Therapeuten vor Weiterbildungsbeginn vorhersagen.

Die Unterschiede zwischen den zwei Faktorenmodellen in dieser Arbeit betreffend der Variablen „RES\_Selbstfürsorge“, „RES\_Wohlbefinden“ und „INK\_leben auskosten“ im Mehrfaktorenmodell und „PSSI\_SL“, „FAMOS\_Altruismus“, „IMA\_unlösbare Probleme“ sowie „Rollenspiel\_TStB\_Therap. Beziehung“ und „NEO Extraversion“, „INK\_Hilflosigkeit

und „Rollenspiel\_PStB\_Interesse am Wohlergehen“ Konkret im Finalfaktorenmodell, gilt es zu überprüfen. Lediglich „INK\_Leben auskosten“ konnte neben dem Bildungsmotiv als korrelativer Zusammenhang mit dem Gesamtitem Therapieerfolg identifiziert werden. Dies legt die Frage nahe, wieso keine Korrelation zwischen den oben genannten Items und Therapieerfolg gefunden werden konnte, obgleich auf (Final-)faktorenebene ein Zusammenhang hergestellt werden konnte.

Es ist davon auszugehen, dass diese Variable aufgrund der mannigfachen korrelativen Zusammenhänge und der vielen möglichen unabhängigen Variablen in der Regression bei der vorhandenen Stichprobengröße keinen signifikanten Einfluss zeigt. Da aber inhaltlich ähnlich „RES\_Selbstfürsorge“, „RES\_Wohlbefinden“ und „INK\_Leben auskosten“ im Mehrfaktorenmodell jeweils eine Komponente eines signifikanten Regressionsmodell darstellen, ist davon auszugehen, dass „Stabilität und Konsistenz“ sehr wohl einen Zusammenhang zum Therapieerfolg beim Patienten aufweist. Aufgrund der psychischen Belastung, die infolge des Berufs als Therapeut aufkommen kann, ist es ratsam, sein Leben stabil, selbstfürsorglich und ressourcenstärkend zu gestalten. Wie der Therapeut dies genau erreichen kann, klärt diese Studie nicht hinreichend auf. Zu mutmaßen wäre, dass es über eine aktive Lebensgestaltung, Genuss sowie über erfolgte Selbstfürsorge und gelebte Interessen und Hobbies geschieht, da sich die Items der drei Subskalen auf dieser Ebene überschneiden.

Bezüglich des Merkmals „Altruismus“ ist anzuführen, dass im Finalfaktorenmodell die inhaltlich ähnlichen Variablen „FAMOS\_anderen helfen“, PSSI\_SL“ als relevante Variablen des Merkmals „Selbstlosigkeit“ identifiziert werden. Zukünftige Forschung sollte den Einfluss dieses Merkmals auf Konsistenzebene der Patienten weiter überprüfen. Das Merkmal „Selbstbewusstsein“ ist in hiesiger Studie allerdings weniger eindeutig zu definieren. Es bezieht sich auf die Überschneidung von „NEO\_Extraversion“, „INK\_Hilflosigkeit“ und im weitesten Sinne „IMA\_unlösbare Probleme“. Ziel weiterer Forschung könnte es sein, neue

Erhebungen durchzuführen, mit einem gezielt definierten Maß für „Selbstbewusstsein“ als Indikator von Therapieerfolg, dessen Einfluss prä Weiterbildungsbeginn zu überprüfen. Die Definition und die Erhebung des Selbstbewusstseins sollte keinesfalls unimodal rein über Selbstauskünfte geschehen. Objektivierungen mittels Ratermethoden, um die Verhaltensebene zu erfassen wären eine sinnvolle und notwendige Ergänzung um dieses Konstrukt abzubilden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass trotz der uneindeutigen Befunde bezüglich der Konsistenz, der Selbstsicherheit und der Selbstlosigkeit der Therapeuten als Einflussvariable vor Beginn der Therapeutenweiterbildung auf den Therapieerfolg, theoretische Überlegungen und Forschungsbefunde für deren Einflusskomponente sprechen.

Es ist möglich, dass deren Einfluss nicht statistisch signifikant im Regressionsmodell gefunden werden konnte, da die Stichprobengröße aufgrund der Menge der Variablen nicht ausreichend war, um den Effekt aufzuklären und eine unklare Definition beziehungsweise Abgrenzung des Konstruktes aufgrund der Überschneidung mit anderen Konstrukten eine einem signifikanten Ergebnis entgegenstand.

In der zunächst explorativen Auslegung dieser Studie blieb der Rückschluss auf eine Konsistenzvariable aufgrund der korrelativen Überschneidungen des Konstruktes mit anderen Variablen aus. Es gibt auf Basis der vorliegenden Ergebnisse Grund zur Annahme, dass ein Therapeut, welcher sein Leben genießt, selbstfürsorglich und selbstsicher ist sowie sich wohlfühlt, zu positivem Outcome beiträgt. Der Therapeut fungiert in der Therapie schließlich nicht nur als Begleiter auf dem Genesungsweg, sondern kann auch Modell sein und Selbstoffenbarung gezielt als Methode in der Therapie nutzen. Somit sollte also auch das Konstrukt „Positivität und Konsistenz des Therapeuten“ in künftigen Forschungen als weiterer



möglicher Einflussfaktor vor Beginn der Therapeutenweiterbildung nicht gänzlich unbeachtet bleiben und genauer abgegrenzt und operationalisiert werden

Außerdem bleibt zu überprüfen, ob eine Anpassung der Psychotherapieweiterbildung wie angestrebt in Deutschland nicht nur durch die Etablierung eines der Approbationsordnung entsprechenden Studiengangs und der entsprechenden fachtherapeutischen Weiterbildung geschieht. Neben den theorieorientierten und störungsspezifischen Seminaren ist zu eruieren, welche Art des Trainings und welche Art der praktischen Kultivierung therapeutischer Kompetenzen in einer fachtherapeutischen Weiterbildung umgesetzt werden können. Hierzu fehlt es noch an geeigneten Forschungsdaten (Fairburn & Cooper, 2011). Es bleibt bisher unklar, wie hoch der Einfluss der Therapeutenweiterbildung ist und welche Teilbereiche konkret die Ausbildungsqualität ausmachen und den Therapieerfolg positiv beeinflussen. Auf Basis bisheriger Erkenntnisse ist zu vermuten, dass gute Therapeuten sich schon vor Beginn der Weiterbildung von anderen ihrer Kohorte unterscheiden und somit die Weiterbildungsinhalte nur wenig Einfluss haben, um diesen Anfangsunterschied auszugleichen. Eine alternative These kann aber auch sein, dass die Weiterbildung vorhandene für den Therapieerfolg förderliche Merkmale noch einmal gezielt unterstützt und weiterentwickelt. Welche These eher zu verifizieren ist bleibt offen. Die Frage, die ebenso noch zu stellen bleibt ist, wie kann eine Weiterbildung aufgebaut werden, die vorhandene Stärken und Ressourcen der angehenden Psychotherapeuten unterstützt, Schwächen reduziert und neue Kompetenzen etabliert? Weck (2013) führt als mögliche Ergänzung der psychotherapeutischen Weiterbildung die Integration des Helping Skills Training nach Hill (2014) sowie Live- oder videobasierte Onlinesupervision (Jakob et al., 2013) an. Das Helping Skills Training gibt einen möglichen Leitfaden vor (Hill et al., 2007), das natürliche Bestreben zu Hilfen in den angehenden Psychotherapeuten zu unterstützen und basierend auf Hills Helping-Skill-Modell (2004) Zielbereiche des Helfens in der vier Phasen des

Therapieprozesses zu kultivieren. Es gibt replizierte Evidenzen, dass durch das gezielte Training angehender Psychotherapeuten, Explorations- und Empathiefähigkeit, die Fähigkeit therapeutische Beziehung komplementär und flexibel auf die Bedürfnisse des Patienten hingrichtet zu gestalten und die erlebte Effektivität der Therapeuten steigen (Hill, 2008; Hill et al, 2016). Jakob et al. (2013) zeigen sich konsistent mit Ericsson (2015) in ihrer Aussage, dass direkte Rückmeldung und aktive zeitnahe Umsetzung die Qualität der Psychotherapie erhöhen kann. Die verspäteten Beschreibungen des Therapieverlaufs durch den Supervisanden können beispielsweise aufgrund subjektiver Wahrnehmung oder Gedächtniseffekte verfälscht sein, so dass die supervisorische Intervention nicht immer passend ist. Durch die Rückmeldung des Supervisors während der Therapiesitzung („bug in the eye“, BITE-Supervision oder „Knock-on-the-door-Techniken“) (Zahnd, 2019), kann diesem Problem Abhilfe geschaffen werden und der Therapeut hat einen sofortigen Lerneffekt in seiner sozialen Wahrnehmung und in seiner Art und Weise auf bestimmte Situationen zu reagieren. Mit Einwilligung des Patienten und des Therapeuten können so ergänzende therapeutische Kompetenzen des Supervisors während der Phase der Weiterbildung, aber auch während der Phase der Berufstätigkeit in den Therapieprozess integriert werden.

Neben der aktuell uneinheitlichen Weiterbildungsgestaltung bestehen, wie bereits in der Einleitung erläutert, keine standardisierten und empirisch fundierten Zulassungsvoraussetzungen für das Studium der Psychologie oder das Studium der Psychotherapie außer dem vorgegebenen Numerus Clausus der deutschen Universitäten. Auch die Weiterbildungsinstitute haben bislang keine einheitlichen Zulassungskriterien und Überprüfungsmöglichkeiten therapeutischer Eignung. Zukünftige Forschung kann auf Basis der hier vorgestellten Befunde Möglichkeiten eruieren, wie Soziale Wahrnehmung, flexibles bedürfnisorientiertes Agieren, ein ausgeprägtes Bildungsmotiv und im weitesten Sinne auch die psychische Stabilität des Weiterbildungskandidaten überprüft werden kann, um so

einheitliche, empirisch fundierte Zulassungsmodalitäten zur Weiterbildung zum Psychotherapeuten zu entwickeln. Die Befunde zeigen auf, dass diese Merkmale schon vor Beginn der Weiterbildung zwischen guten und weniger guten Therapeuten unterscheiden können. Zusätzlich zu den hier herausgearbeiteten Merkmalen kann die Dissertation von Eversmann (2008) hinzugezogen werden, um auch weitere soziale Kompetenzen der angehenden Psychotherapeuten miteinzubeziehen und differenzierte Überprüfungsmodi im Auswahlprozess zu etablieren. Es können Rollenspiele mit Raterbeobachtung sein, gezielte Fragebogendiagnostik oder Reaktionszeitaufgaben zur sozialen Wahrnehmung. Abschließend bleibt zu sagen, dass dieses Forschungsfeld noch viele weiterführende Fragen bietet und es sicherlich nicht darum geht, die Heterogenität der Therapeuten zu reduzieren. Im Gegenteil: Es geht darum, potentiell effizienten Therapeuten die Möglichkeit zu bieten, sich auf Basis ihrer für den Therapieerfolg förderlichen Merkmalsausprägung, methodisches, störungsspezifisches und praktisches Wissen und Handeln anzueignen, um Patienten und Klienten zu helfen.

## 8. Literaturverzeichnis

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768.
- Andreatta, P., Drexler, A., Pauza, E. & Möller H. (2011). Entwicklung interpersoneller Problemlösekompetenz während psychotherapeutischer Ausbildung in Psychodrama. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, (10), 213-223.
- Andresen, B. & Beauducel, A. (2008). TBS-TK Rezension: »NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R)«. *Report Psychologie*, (11/12), 543-544.
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66.

- Asay, T. P.; Lambert & M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC, US, American Psychological Association, xxiv, 462.
- Aveline, M. (2005). The Person of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Bandura, A. (1994). *Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie*. Stuttgart, Klett.
- Batra, A. et al. (Hrsg.) (2013): *Verhaltenstherapie. Grundlagen-Methoden -Anwendungsgebiete*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Thieme. Stuttgart.
- Batson, C. D. (2009). These things called empathy: eight related but distinct phenomena. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 3-15). Cambridge, MIT Press.
- Beck, D. (1977). Das »Koryphäen-Killer-Syndrom« Psychosomatik chronischer Schmerzzustände. The »expert-killer« Syndrome. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 102, 303–307.
- Bergin, A. E. & Jasper, L. G. (1969). Correlates of empathy in psychotherapy: A replication.

*Journal of Abnormal Psychology*, 74, 477-481.

Bergin, A.E. (1997). Neglect of the therapist and the human dimensions of change: A commentary. *Clinical Psychology*, 4, 83-89.

Betsch, C. (2004). Präferenz für Intuition und Deliberation (PID). Inventar zur Erfassung von affekt- und kognitionsbasiertem Entscheiden. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25 (4). 179-197.

Beutler, L. E., Machado, P. P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and change* (pp. 229-269). New York, Wiley.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th ed., 227-306. New York, NY, John Wiley

Blow, A.J., Sprenkle Purdue, D.H. & Davis, S.D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2007, 33, No. 3, 298–317.

Braun, K. (2016). *Generierung einer Ratingskala zur Erfassung von Sozialer Kompetenz und Empathie von Therapeuten*. Unveröffentlichtes Manuskript zur Erlangung des Grades Master of Science. Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.

Brunner, S. (2004). *Ressourcen im Therapieprozess -Ein zentrales Wirkprinzip anhand des*

*Berner Ressourcenfragebogens*. Unveröffentlichte Lizensiatarbeit. Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.

Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T. & Reis, H. T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 991-1008.

Buhrmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the development contexts of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb & W. W. Hartup (Eds.), *The Company they keep. Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158-185). Cambridge. Cambridge University Press.

Caspar, F. (1997). What goes on in a therapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7, No.2, 105-125.

Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In E. Leibing, W. Hiller & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie*, Band 3, Verhaltenstherapie (S. 67-82). München, CIP-Medien.

Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*, 3rd ed., Bern, Huber.

Caspar, F. (2008a). Gibt es gute und schlechte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 227.

- Caspar, F. (2008b). Motivorientierte Beziehungsgestaltung –Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (S. 527-558). Tübingen, DGVT Verlag.
- Caspar, F., Eversmann, J. (2009). Was müssen Kandidatinnen und Kandidaten mitbringen, um einmal gute Therapeutinnen und Therapeuten zu werden? *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie*, 59. E1 – e3.
- Caspar, F. (2014). Konflikte als Thema in der Verhaltenstherapie. *Psychotherapeut*. 59, 195-199.
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 193-214). Washington, DC, US, American Psychological Association.
- Caspar, F. (2018). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. 4. Überarbeitete Aufl., Bern, Huber.
- Castonguay & Beutler (2006). Principles of therapeutic change that work. Castonguay, L.G. & Hill, C.E. (Eds). (2017), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association. Washington, DC, US.
- Castonguay, L.G.; Constantino; M.J.& Beutler, L.E. (2019). Implementing Evidence-Based Principles of Therapeutic change: A Bidirectional Collaboration between Clinicians and Researchers. In L.G. Castonguay, M. J. Constantino & L.E. Beutler (Eds.),



- Principles of Change: How Psychotherapists Implement Research in Practice* (pp. 2-12). New York, US, Oxford University Press.
- Chapman, B. P., Talbot, N., Tatman, A.W., Britton, P.C. (2009). Personality traits and the working alliance in psychotherapy trainees- An organizing role for the five factor model? *Journal of social clinical psychology*, 28, 1-15.
- Chi, M. T. H., Glaser, R., & Farr, M. J. (1988). *The nature of expertise*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd Edition. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality inventory and NEO five factor inventory (Professional Manual)*. Odessa, Psychological Assessment Resources.
- Costanzo, M. & Philpott, J. (1986). Predictors of therapeutic talent in aspiring clinicians: a multivariate analysis. *Psychotherapy*, 23, No.3, 363-369.
- Crowne, D. P. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Decker, S.E., Nich, C., Carroll, K.M. & Martino, S. (2014). Development of the Therapist Empathy Scale. *Behavioral Cognitive Psychotherapy*, 42, No.3, 339-354.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Baltimore, John Hopkins University School of Medicine.

- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York, NY, Blackwell.
- Duan, C., & Hill, C. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counselling Psychology*, 3, 261-274.
- Duncan, B.L.; Miller, S. D. (2005); Treatment manuals do not improve outcomes.
- In Norcross, J., & Levant, R., & Beutler, L. (2005). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (p. 14). Washington, D.C., American Psychological Association Press.
- Duncan, B. (2010), *On becoming a better therapist*. Washington DC, American Psychological Association
- D’Zurille, T.J.; Nezu, a.M. (2010). Problem-Solving Therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* (S.197 -225). 3. Edition. Guilford Press.
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E. (1990). Ein heimlicher Wirkfaktor: Die „Theorie“ des Therapeuten. In V. Tschuschke, D. Czogalik (Eds.). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern*, pp. 272-287. Berlin/Heidelberg, Springer.
- Eckert, J. (2010). Aufgaben und Ziele klinisch-psychologischer Erstgespräche. In J. Eckert, S. Barnow & R. Richter (Eds.), *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie: Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie* (pp. 13-34). Bern, Verlag Hans Huber.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49.

- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C., & Zapadka, J.K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multi-component rating scale. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 379-387
- Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V. & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 390-405.
- Ericsson, K. A. (2009). Enhancing the development of professional performance: Implications from the study of deliberate practice. In K. A. Ericsson (Ed.), *Development of professional expertise: Toward measurement of expert performance and design of optimal learning environments* (pp. 405-431). New York, NY, Cambridge University Press.
- Ericsson, K. A. (2015). Acquisition and maintenance of medical expertise: A perspective from the expert-performance approach with deliberate practice. *Academic Medicine*, 90, 14 71-1486.
- Essen, S. (1990). Lehren des Nicht-Lehrbaren. Zur Qualität der systemischen Psychotherapie-Ausbildung. *Systhema*, 2, 111-124
- Eversmann, J. (2008). *Psychometrische Überprüfung eines Auswahlverfahrens psychotherapeutischer Weiterbildungskandidaten*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades. Osnabrück: Universität Osnabrück, Humanwissenschaftliche Fakultät.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist Training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, Issues 6-7, 373-378.

- Flückiger, C., Regli, D., Grawe, K. & Lutz, W. (2007). Similarities and differences between retrospective and pre-post measurements of outcome. *Psychotherapy Research*, 17, No. 3, 359-364.
- Flückiger, C., & grosse Holtforth, M. (2008). Focusing the therapist's attention on the patient's strengths: a preliminary study to foster a mechanism of change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 876-890.
- Flückiger, C., & Studer, R. (2009). Die Berner Ressourcen-Taskforce: Ressourcenaktivierung und Problembearbeitung unter der Lupe. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 41, 829-839.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., & Caspar, F. (2010). Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 71.79.
- Frank, M., & Frank, B. (2009). *Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 475-483. Weinheim, Springer
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Weinheim, Beltz.
- Franke, G. H. (2000). *BSI. Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsche Version. Manual*. Göttingen, Beltz-Test.
- Godfrey, T. (1981). The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. *Journal of Counseling Psychology*, 28(2), 91-100.
- Goodman, G. (1972). *Companionship Therapy: Studies in Structured Intimacy*. San Francisco, Jossey-Bass.

- Grawe, K., & Dziewas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Mitteilungen der DGVT, Sonderheft 1 der Mitteilungen der DGVT*, 27-49.
- Grawe, K. (1982). Der Veränderungsprozessbogen. Ein Instrument zur deskriptiven Einzelfallanalyse psychotherapeutisch induzierter Veränderungsprozesse. In M. Zielke (Hrsg.), *Diagnostik in der Psychotherapie*. Stuttgart, Kohlhammer.
- Grawe, K., Caspar, F., & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation [The Bern therapy comparison study: Comparison of effectiveness and differential indication]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, No.4, 338–361.
- Grawe, K. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Stuttgart, Hogrefe.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Göttingen, Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, Issue 2, 63–73.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Therapie*. 2. Korrigierte Auflage, Göttingen, Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen, Hogrefe.
- Greenspan, S. L. & Gransfield, J. M. (1992). Reconsidering the Construct of Mental Retardation: Implications of a Model of Social Competence. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 442-553.

- Grob, A., Lüthi, R., Kaiser, F. G., Flammer, A., Mackinnon, A., & Wearing, A.J. (1991).  
 Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). *Diagnostica*, 37, 66-75.
- Grosse Holtforth, M. & K. Grawe (2002). *Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata*, 1. Auflage. Göttingen, Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M.; Grawe, K. & Tamcan, Ö. (2004a). *Inkongruenzfragebogen*. Göttingen. Hogrefe.
- Grosse Holtforth, M. and K. Grawe (2004b). Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, No. 1, 9-21.
- Grosse Holtforth, M. & Caspar, F. (2018). Der konsistenztheoretische Ansatz der Psychotherapie. In S. Fliegel, W. Jänicke, S. Münstermann, G. Ruggaber, A. Veith, & U. Willutzki (Eds.), *Verhaltenstherapie* (pp. 391-405). Tübingen, DGVT-Verlag
- Hackmann, J. R., Wiggins, N. & Bass, A. R. (1970). Prediction of long term success in doctoral work in psychology. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 365-374.
- Härter, M., Linster, H.W. & Stieglitz, R.D. (2003). *Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie: Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Göttingen, Hogrefe.
- Harth, W. & Gieler, P. (2006). Der schwer oder nichtbehandelbare Problempatient. In: *Psychosomatische Dermatologie*. 263-267. Berlin, Springer.
- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as an interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (p 51-84). New York, Wiley.

- Hill, C. E., & O'Grady, K. E. (1985). List of therapist intentions illustrated in a case study and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology*, 32, No.1, 3.
- Hill, C. E. (2004). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*, 2nd ed. Washington DC, American Psychological Association.
- Hill, C.; Stahl, J.; Roffman, M. (2007). Training novice psychotherapists: Helping Skills and Beyond. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. American Psychological Association, Vol. 44, No. 4, 364–370.
- Hill, C. (2008). Helping Skills Training for Undergraduates: Outcomes and Prediction of Outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 55, No. 3, 359-370.
- Hill, C. E., & Knox, S. (2013). Training and Supervision in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed., pp. 775-811. Hoboken, NJ, Wiley.
- Hill, C. E. (2014). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. Fourth ed. Washington DC, American Psychological Association.
- Hill, C.; Anderson, T.; Kline, K.; McClintock, A.; Cranston, S.; McCarrick, S.; Petrarca, A.; Himawan, L., Pérez-Rojas, A.; Bhatia, A.; Gupta, S.; Gregor, M. (2016). Helping Skills Training for Undergraduate Students: Who should we select and train?, *The Counseling Psychologist*, 44, No. 1, 50–77.
- Hill, C.E., Spiegel, S.B., Hoffman, M.A., Kvlighan, D.M. Jr., Gelso, C.J. (2017). Therapist Expertise in Psychotherapy Revisited. *The Counseling Psychologist*. 1-47.

- Hilliard, R. B., Henry, W. P. & Strupp, H. H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 125-133.
- Horowitz, L. M., Strauss, B. & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme – Deutsche Version*, Weinheim, Beltz.
- Huppert, J.D.; Bufka, L.F., Barlow; D.H., Gorman, J.M.; Shear, M.K.; Woods, S.W. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy -Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder-. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 69, No. 5, 747-755.
- Itten, S. (2004). *Der Veränderungsfragebogen für Lebensbereiche (VLB) – Psychometrische Analyse, Validierung und Untersuchungen zum Therapieprozess*. Unveröffentlichte Dissertation. Bern: Universität Bern.
- Jakob, M.; Weck, F.; Bohus, M. (2013). Live-Supervision: Vom Einwegspiegel zur videobasierten Online-Supervision. *Verhaltenstherapie*, 23, 170–180.
- Kallus, W. (2010). *Erstellung von Fragebogen*. Wien, Facultas wuv.
- Kanning, U.P. (2002) Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*, 210, 154-163.
- Kanning, U. P. (2003). *Diagnostik sozialer Kompetenzen. Kompendien Psychologische Diagnostik*, Band 4, Göttingen, Hogrefe.
- Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen, Hogrefe.



- Kanning, U. P. (2013). *Inventar zur Messung sozialer Kompetenzen in Selbst- und Fremdbild (ISK-360)*. Hogrefe, Göttingen.
- Kanning, U.P. (2015), Soziale Kompetenz- Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*, 210, 154-163.
- Kazantzis, N. (2003). Therapist competence in cognitive-behavioural therapies: Review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change*, 20, No. 1, 1-12.
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kernberg, O.F. (2019). *Narzissmus. Grundlagen-Störungsbilder-Therapie*. Schattauer. Stuttgart
- Kiesler, D.J. (1966). Some myth of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kiresuk, T. J., Stelmachers, Z. T. & Schultz, S. K. (1982). Quality Assurance and Goal Attainment Scaling. *Professional Psychology*, 13, 145-152.
- Kiresuk T.J., Smith A. & Cardillo J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling: applications, theory and measurement*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum.
- Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M. & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client, and the real relationship: An actor–partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 2, 314–320.
- Krampen, Günter (2010). Direkte Veränderungsmessung der Effekte von Entspannungstherapie/-training und Psychotherapie: Ihre Vor- und Nachteile sowie psychometrische Hilfsmittel. *Entspannungsverfahren*, 27, 48–64.

- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs- Inventar (PSSI)*. Göttingen, Hogrefe Verlag.
- Kuhr, A. (1998). Strukturqualität in der Verhaltenstherapieausbildung und ihre Sicherung. In A.R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 362-382). Göttingen, Hogrefe-Verlag.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J.C. Norcross & M. R. Goldfried (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy integration* (S. 94–129). New York, Basics Books.
- Lammers, C. H. (2014). *Die therapeutische Beziehung mit narzisstisch gestörten Patienten – Beifahrer in einem Porsche. Psychotherapie*, Bd 19-1, München, CIP-Medien.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York, Ronald.
- Lück, H. & Timaeus, E. (2014). Soziale Erwünschtheit (SDS-CM). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS). ZIS Version 15.00.  
<https://doi.org/10.6102/zis170>.
- Luncher, A.F.; Mirsalimi, H., Moser, C.J. & Jones, R.A. (2008). Maintaining Boundaries in psychotherapy: Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. American Psychological Association*, 45, No. 1, 1–14.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen. DGVT Verlag.
- Lutz, W., Leon, S.C., Martinovich, Z., Lyons, J.S. & Stiles, W.B. (2007). Therapist effects and therapist differences in a large mental health provider network. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.

- Mad, P., Felder-Puig, R., Gartlehner, G. & Boltzmann, L. (2008). Randomisiert kontrollierte Studien. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 158, 234–239.
- Mattejat, F. (2014). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, No. 8.605-607.
- Montesano, A., Feixas, G., & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32, Nú.37, 371-379.
- Montesano, A., Gonçalves M.M. & Feixas, G. (2015). Selfnarrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases, *Psychotherapy Research*, 112-126.
- Munz, D. (2017, 12-13 Mai). *Reform der psychotherapeutischen Aus- u. Weiterbildung* [Vortrag]. Deutscher Psychotherapeutentag. 30. Deutscher Psychotherapeutentag in Hannover.
- Nodop, S., & Strauß, B. (2013). Mangelnde Eignung bei angehenden Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 58, Nr. 5, 446-454.
- Nodop, S., & Strauß, B. (2014). Kompetenzbereiche in der psychotherapeutischen Ausbildung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, Nr.3, 171-179.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York, Oxford University Press.

- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Evidence-based Therapy Relationships that work. Evidence-based responsiveness (pp.3-21)*. Oxford, University Press.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S.L. & Ogles, B.M. (2003). Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Onyebuchi, A.A. (2008). The role of causal reasoning in understanding Simpson's paradox, Lord's paradox, and the suppression effect: covariate selection in the analysis of observational studies. *Emerging Themes in Epidemiology*, 5, No. 5.  
doi: 10.1186/1742-7622-5-5.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 307-389). New York, Oxford University Press.
- Ostendorf, F. & Angleitner, A. (2004). *NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae. Revidierte Fassung*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 280-288.

- Owen, J., & Lindley, L. D. (2010). Therapists' cognitive complexity: Review of theoretical models and development of an integrated approach for training. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 128–137.
- Reis, J. (1997). *Inventar zur Messung der Ambiguitätstoleranz*. Heidelberg, Asanger Verlag Kröning,
- Riemann, R. (1991). *Repertory Grid Technik – Handanweisung*. Göttingen, Hogrefe.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln, GwG.
- Sachse, R. (2000). *Empathie Verhaltenstherapiemanual* (pp. 24-30). Heidelberg, Springer.
- Sachse, R. (2006). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen, Hogrefe.
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185 – 211.
- Seiderer-Hartig, M. (1980). *Beziehung und Interaktion in der Verhaltenstherapie*. München, Pfeiffer.
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 50, 33-41.
- Strauß, B., & Kohl, S. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 54 (6), 411- 426.
- Stricker, G. & Huber, J. T. (1967). The GRE and undergraduate grades as predictors of success in graduate school. *Journal of Educational Research*, 60, 466-468.
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung: Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten, *Psychotherapeut*, 52, 16–23.

- Sullivan, H.S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York, W.W Norton and Company.
- Süß, H.M., Seidel, K. & Weis, S. (2008). Neue Wege zur leistungsorientierten Erfassung sozialer Intelligenz und erste Befunde. In W. Sarges & D. Scheffer (Hrsg.), *Innovative Ansätze für die Eignungsdiagnostik* (S. 129-143). Göttingen, Hogrefe.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An exclusive goal. *American Psychologist*, 69, 218-229.
- Trösken, A. (2002). *Das Berner Ressourceninventar. Konstruktion und Validierung zweier Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen für die klinische Forschung und Praxis*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Bern: Institut für Psychologie.
- Truax, C. B. & Carkhuff, R. R. (1967). *Towards effective counseling and psychotherapy*. Chicago, IL, Aldine.
- Tschuschke, V.; Czogalik, D. (1990) (Hrsg). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Heilberg, Springer.
- Ullrich de Muynck, R. & Muynck, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen. Testmanual U. Anleitung für den Therapeuten*. München, Pfeiffer.
- Walter, T. (2006). *Der Bologna-Prozess: Ein Wendepunkt europäischer Hochschulpolitik?* Berlin, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Wampold, B.E. (2011). *Qualities and actions of effective therapists. Research suggests that certain psychotherapist characteristics are key to successful treatment. Continuing Education in Psychology*. Washington DC, American Psychological Association Education Directorate.

- Watson, J. C. (1999). *Measure of expressed empathy*. Unpublished manuscript. Department of Adult Education, Community Development, and Counseling Psychology, Toronto, OISE, University of Toronto.
- Watson, J. C. (2001). Revisioning empathy: Theory, research and practice. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Handbook of research and practice in humanistic psychotherapy* (pp. 445–472). Washington DC, American Psychological Association.
- Watson, J. C., & Prosser, M. (2002). Development of an observer rated measure of therapist empathy. In J. C. Watson, R. Goldman, & M. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 303–314). Ross on Wye, UK, PCCS Books
- Weck, F. (2013). *Psychotherapeutische Kompetenzen. -Theorien. Erfassung. Förderung.-* Springer Verlag. Berlin
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T., & Stangier, U. (2015). Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, Nr. 4, 244-250.
- Weiß, S., Süß, H. & Conzelmann, K. (2014). Soziales Verständnis. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (18. Aufl., S. 1452). Bern, Verlag Hogrefe Verlag.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Wenninger, G. (Hrsg.) (2003). *Lexikon der Psychologie*, 5 Bde. Heidelberg, Spektrum.

- Willutzki, U., Ülsmann, D., Schulte, D. & Veith, A. (2013). Direkte Veränderungsmessung in der Psychotherapie. Der Bochumer Veränderungsbogen-2000 (BVB-2000). (Direct measurement of change in psychotherapy. The Bochum Change Questionnaire 2000 (BCQ 2000)). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 42, No.4, 256-268.
- Wirtz, M. A. (Hrsg.) (2019). *Lexikon der Psychologie*. Bern, Dorsch.
- Wirtz (2014). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV). (2014). In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie* (18. Aufl., S. 1616). Bern, Verlag Hogrefe Verlag.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). Diagnostische Prozesse in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 349-382). Heidelberg, Springer.
- Wolf, A. W. (2019). Empirically Supported Principles of Psychotherapy. In L.G. Costonguay, M. J. Constantino, L.E. Beutler (Eds.) *Principles of Change: How Psychotherapists Implement Research in Practice*. (pp. 2-12). New York,US, Oxford University Press.
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy scale: Rating manual*. Unpublished manuscript. Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Zahnd, A.M. (2019). *Effektivität und Akzeptanz von Bug-in-th-eye (BITE)-Supervision: Eine randomisierte kontrollierte Studie*. Unveröffentlichtes Manuskript zur Erlangung des Grades Master of Science. Bern: Universität Bern, Institut für Psychologie.
- Ziegler, M. & Bühner, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München, Pearson Studium.



- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: Manual*. Weinheim, Beltz Test.
- Zimmer, D. (Ed.). (1983). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim, Edition Psychologie.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J. & Wampold, B. E. (2010). Between therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, n/a. doi:10.1002/jclp.20683.

## 9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 a	
Tabellarische Übersicht der Messmittel.....	54
Tabelle 1 b	
Tabellarische Übersicht der Messmittel.....	55
Tabelle 2	
Kompetenzanforderungen an den Psychotherapeuten für das Erstgespräch angelehnt an Frank & Frank (2009).....	64
Tabelle 3 a	
Items der Empathie- Rating- Skala.....	72
Tabelle 3 b	
Items der Empathie- Rating- Skala.....	73
Tabelle 4	
Big Five und ihre Facetten .....	80
Tabelle 5	
Subskalen des INK und Subskalen des FAMOS.....	88
Tabelle 6	
Stichprobenbeschreibung der angehenden Psychotherapeuten.....	101
Tabelle 7	
Stichprobenbeschreibung der Patienten.....	102
Tabelle 8	
Stichprobenbeschreibung anhand von Therapielänge und gültigen Therapieabschlüssen mit Therapieerfolg-Index-Berechnung.....	103
Tabelle 9	
Diagnosehäufigkeit in der vorliegenden Stichprobe.....	104
Tabelle 10	
Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Faktoren von Therapieerfolg.....	110
Tabelle 11	
Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von 4 Faktoren von Therapieerfolg. Vergleich der Varianzanteile je Faktor prä und post Varimax- Rotation.....	112
Tabelle 12	
Rotierte Komponentenmatrix basierend auf Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung.....	113
Tabelle 13	
Komponentenmatrix nach Hauptkomponentenanalyse mit 4 Faktoren und Varimax-Rotation.....	115

Tabelle 14 a	
Signifikante Korrelationen von Therapeutenvariablen und mindestens einem Faktor von Therapieerfolg.....	116
Tabelle 14 b	
Signifikante Korrelationen von Therapeutenvariablen und mindestens einem Faktor von Therapieerfolg.....	117
Tabelle 15	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „Belastungsreduktion“.....	118
Tabelle 16	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Belastungsreduktion“.....	119
Tabelle 17	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	120
Tabelle 18	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	121
Tabelle 19	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „Persönlichkeitsentwicklung“.....	121
Tabelle 20	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Persönlichkeitsentwicklung“.....	122
Tabelle 21	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	122
Tabelle 22	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells .....	123
Tabelle 23	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „explizite Veränderung“.....	124
Tabelle 24	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „explizite Veränderung“.....	124
Tabelle 25	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	124
Tabelle 26	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	125
Tabelle 27	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Faktor „Therapieprozess“.....	125

Tabelle 28	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Therapieprozess“.....	126
Tabelle 29	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	127
Tabelle 30	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	128
Tabelle 31	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „Therapieerfolg_Index“.....	128
Tabelle 32	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	129
Tabelle 33 a	
Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale.....	130
Tabelle 33 b	
Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale.....	130
Tabelle 34	
ANOVA BSI und IIP64: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	132
Tabelle 35	
ANOVA BFWE: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	133
Tabelle 36	
Korrelationen der BFWE-Effekte je Subskala.....	134
Tabelle 37 a	
Signifikante Korrelationen der BFWE-Effekte mit den Therapeutenvariablen.....	135
Tabelle 37 b	
Signifikante Korrelationen der BFWE-Effekte mit den Therapeutenvariablen.....	136
Tabelle 38	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „positive Lebenseinstellung“.....	137
Tabelle 39	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „positive Lebenseinstellung“.....	137
Tabelle 40	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	138

Tabelle 41	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	138
Tabelle 42	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „Problembewusstsein“.....	139
Tabelle 43	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „Problembewusstsein“.....	139
Tabelle 44	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	140
Tabelle 45	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	140
Tabelle 46	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „körperliche Beschwerden“.....	141
Tabelle 47	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „körperliche Beschwerden“.....	141
Tabelle 48	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	141
Tabelle 49	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	142
Tabelle 50	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „Selbstwert“.....	142
Tabelle 51	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „Selbstwert“.....	142
Tabelle 52	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	143
Tabelle 53	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	144
Tabelle 54	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „depressive Stimmung“.....	145
Tabelle 55	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „depressive Stimmung“.....	145

Tabelle 56	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	146
Tabelle 57	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	146
Tabelle 58	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „Lebensfreude“.....	147
Tabelle 59	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „Lebensfreude“.....	147
Tabelle 60	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	148
Tabelle 61	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	148
Tabelle 62	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „Zufriedenheit“.....	149
Tabelle 63	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „Zufriedenheit“.....	149
Tabelle 64	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle....	149
Tabelle 65	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	150
Tabelle 66	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für BFWE_Effekt „negative Befindlichkeit“.....	150
Tabelle 67	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für BFWE_Effekt „negative Befindlichkeit“.....	150
Tabelle 68	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	151
Tabelle 69	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	151
Tabelle 70	
Korrelationen der Subsklaleffekte des BFWE mit dem Indexwert von Therapieerfolg und dessen Faktoren .....	152

Tabelle 71	
ANOVA RES: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	154
Tabelle 72 a	
Korrelationen der RES-Effekte je Subskala.....	155
Tabelle 72 b	
Korrelationen der RES-Effekte je Subskala.....	156
Tabelle 73	
Signifikante Korrelationen des „RES-Effekt-Index“ und Therapeutenvariablen.....	157
Tabelle 74	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „RES_Effekt-Index“ .....	158
Tabelle 75	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „RES_Effekt_Index“.....	158
Tabelle 76	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	159
Tabelle 77	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodell.....	160
Tabelle 78	
Korrelationen von „RES_Effekt_Index“ mit dem Indexwert von Therapieerfolg und dessen Faktoren.....	160
Tabelle 79 a	
ANOVA FAMOS: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	161
Tabelle 79 b	
ANOVA FAMOS: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	162
Tabelle 80 a	
Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung.....	163
Tabelle 80 b	
Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung.....	164
Tabelle 81 a	
Signifikante Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung und den Therapeutenvariablen.....	165
Tabelle 81 b	
Signifikante Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung und den Therapeutenvariablen.....	166
Tabelle 82	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „FAMOS_Anerkennung“.....	167

Tabelle 83	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „FAMOS_Anerkennung“ .....	167
Tabelle 84	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	168
Tabelle 85	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	168
Tabelle 86	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „FAMOS_Vermeidung_Index“ .....	169
Tabelle 87	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „FAMOS_Vermeidung_Index“.....	169
Tabelle 88	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	170
Tabelle 89	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	170
Tabelle 90	
Korrelationen der signifikanten Prä-Post-Veränderungen der FAMOS_Subskalen und dem Indexwert von Therapieerfolg sowie mit dessen Faktoren.....	171
Tabelle 91 a	
ANOVA INK: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	172
Tabelle 91 b	
ANOVA INK: Prä-Post-Vergleiche je Subskala.....	173
Tabelle 92	
Signifikante Korrelationen der FAMOS-Effekte mit signifikanter Prä-Post-Veränderung und den Therapeutenvariablen.....	174
Tabelle 93	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „INK_Annäherungsziele“.....	175
Tabelle 94	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „INK_Annäheurngsziele“.....	175
Tabelle 95	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	176
Tabelle 96	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	176



Tabelle 97	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „INK_Vermeidungsziele“.....	177
Tabelle 98	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „INK_Vermeidungsziele“.....	177
Tabelle 99	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	177
Tabelle 100	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	178
Tabelle 101 a	
Korrelationen der Mittelwerte der Therapeutenstundenbögen und der Mittelwerte der Patientenstundenbögen.....	179
Tabelle 101 b	
Korrelationen der Mittelwerte der Therapeutenstundenbögen und der Mittelwerte der Patientenstundenbögen.....	180
Tabelle 102	
Korrelationen der Mittelwerte der Patientenstundenbögen mit dem Index für Therapieerfolg und dessen Faktoren.....	181
Tabelle 103	
Korrelationen der Mittelwerte der Therapeutenstundenbögen mit dem Index für Therapieerfolg und dessen Faktoren.....	182
Tabelle 104	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „PStB_Problembewältigung“.....	183
Tabelle 105	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „PStB_Problembewältigung“.....	184
Tabelle 106	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	185
Tabelle 107	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	186
Tabelle 108	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „ThStB_Offenheit“.....	186
Tabelle 109	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „ThStB_Offenheit“.....	187

Tabelle 110	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	188
Tabelle 111	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	189
Tabelle 112	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für „ThStB_Anstrengung“.....	189
Tabelle 113	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für „ThStB_Anstrengung“.....	190
Tabelle 114	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	191
Tabelle 115	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	192
Tabelle 116	
Auflistung der für die Faktorenanalyse berücksichtigten Variablen.....	193
Tabelle 117	
Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Finafaktoren von Therapieerfolg.....	194
Tabelle 118	
Komponentenmatrix der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von 4 Faktoren von Therapieerfolg. Vergleich der Varianzanteile je Faktor prä und post Varimax- Rotation.....	194
Tabelle 119	
Rotierte Komponentenmatrix basierend auf Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung.....	196
Tabelle 120	
Komponentenmatrix nach Hauptkomponentenanalyse mit 4 Faktoren und Varimax-Rotation.....	198
Tabelle 121 a	
Korrelationen zwischen Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn, „Therapieerfolg_Index“ und den fünf Finafaktoren von Therapieerfolg.....	199
Tabelle 121 b	
Korrelationen zwischen Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn, „Therapieerfolg_Index“ und den fünf Finafaktoren von Therapieerfolg .....	200
Tabelle 121 c	
Korrelationen zwischen Therapeutenvariablen vor Weiterbildungsbeginn, „Therapieerfolg_Index“ und den fünf Finafaktoren von Therapieerfolg .....	201

Tabelle 122	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Psychisches Wohlbefinden/Kongruenz“.....	202
Tabelle 123	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „psychisches Wohlbefinden/ Kongruenz“.....	203
Tabelle 124	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	204
Tabelle 125	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	205
Tabelle 126	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Therapieprozess/-fortschritt“.....	205
Tabelle 127	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Therapieprozess/-fortschritt“.....	206
Tabelle 128	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	207
Tabelle 129	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	208
Tabelle 130	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Therapieprozess/-fortschritt“.....	208
Tabelle 131	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Therapieprozess/-fortschritt“.....	209
Tabelle 132	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	210
Tabelle 133	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	211
Tabelle 134	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „psychische und physische Beschwerden“.....	211
Tabelle 135	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „psychische und physische Beschwerden“.....	211
Tabelle 136	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	212

Tabelle 137	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells über drei Modelle hinweg.....	213
Tabelle 138	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „Motive“.....	214
Tabelle 139	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „Motive“.....	214
Tabelle 140	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	215
Tabelle 141	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	215
Tabelle 142	
Deskriptive Statistik der regressionsrelevanten Variablen für den Finalfaktor „explizite Veränderung“.....	216
Tabelle 143	
Modellfitberechnungen der rückwärtsgerichteten Regression für den Faktor „explizite Veränderung“.....	216
Tabelle 144	
ANOVA zur Berechnung der Signifikanzen der berechneten Regressionsmodelle.....	217
Tabelle 145	
Betrachtung der einzelnen Indizes des Regressionsmodells.....	217
Tabelle 146 a	
Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale.....	218
Tabelle 146 b	
Varianzaufklärung von Therapieerfolg und seiner Faktoren durch Therapeutenmerkmale.....	218
Tabelle 147	
Gegenüberstellung der Ergebnisse von Indexmodell, Mehrfaktorenmodell und Finalfaktorenmodell.....	220
Tabelle 148 a	
Ergebnisdarstellung der vertiefenden Analyse: Therapeutenvariablen für die signifikanten Veränderung der abhängigen Variablen aus RES, FAMOS, INK, BFWE und der Stundenbögen der Patienten.....	224

## Tabelle 148 b

Ergebnisdarstellung der vertiefenden Analyse:

Therapeutenvariablen für die signifikante Veränderung

der abhängigen Variablen aus RES, FAMOS, INK, BFWF und der

Stundenbögen der Patienten..... 225

## Tabelle 149

Zusammenfassung der Ergebnisse zwischen Faktoren und

relevanten Therapeutenvariablen ..... 236

## Tabelle 150 a

Zusammenfassung der Ergebnisse zwischen

Finalfaktoren und relevanten Therapeutenvariablen ..... 237

## Tabelle 150 b

Zusammenfassung der Ergebnisse zwischen

Finalfaktoren und relevanten Therapeutenvariablen..... 238

## 10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	
Beziehung zwischen sozialer Kompetenz und verwandten Begriffen (Kanning, 2003).....	34
Abbildung 2	
Funktionsmodell des Konsistenztheoretischen Modells nach Grawe (2004).....	37
Abbildung 3	
Das Interpersonelle Prozess-Modell nach Henry und Strupp (1994).....	41
Abbildung 4	
Integratives Modell.....	45
Abbildung 5	
Struktur sozialer Kompetenzen (Kanning, 2009).....	63
Abbildung 6	
Kompetenzanforderungen an den Psychotherapeuten für das Rollenspiel in Anlehnung an Kanning (2009).....	67
Abbildung 7	
Basis des IIP-64: Dimensionen des Circumplex-Modells nach Leary (1957).....	83
Abbildung 8	
Screeplot der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Faktoren von Therapieerfolg.....	111
Abbildung 9	
Varianzanteile der Faktoren von Therapieerfolg.....	129
Abbildung 10	
Screeplot der Hauptkomponentenanalyse zur Extraktion von Finalfaktoren von Therapieerfolg.....	195
Abbildung 11	
Varianzanteile der Finalfaktoren von Therapieerfolg.....	219

## 11. Anhang

Anhang 1	
Stundenbogen Rollenspiel.....	288
Anhang 2	
Rollenbeschreibungen der Patientin (Rollenspiel).....	290
Anhang 3	
Repertory Grid Technique Interviewleitfaden und Protokollbogen.....	297
Anhang 4	
Supervisorenbogen.....	300
Anhang 5	
Basiskorrelationsberechnung Therapeutenvariablen prä Weiterbildung und Patientenvariablen sowie „Therapieerfolg_Index“.....	303
Anhang 6	
ICC Empathie und Kompetenz (Rollenspiel) sowie Interraterkorrelationen.....	333
Anhang 7	
Korrelationen ThStB und PStB mit Therapeutenvariablen.....	341
Anhang 8	
Erklärung zur Dissertation.....	354

## Anhang 1

### Stundenbogen Rollenspiel

#### Anhang 1 a

Patientenstundenbogen 2000 (Itemauswahl) Th.-Code: .....

Datum: .....Patientin gespielt von:

.....

---

#### Anleitung:

Wie haben Sie die heutige Therapiesitzung erlebt? Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

---

1. Ich habe mich in der Beziehung zur Therapeutin wohlgefühlt.

Überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3

2. Die Therapeutin lässt mich spüren, wo meine Stärken liegen.

Überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3

3. Die Therapeutin und ich verstehen einander.

Überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3

4. Ich glaube, die Therapeutin ist wirklich an meinem Wohlergehen interessiert.

Überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3

5. Ich spüre, dass die Therapeutin mich wertschätzt.

Überhaupt		eher	weder	eher		ja, ganz
-3	-2	-1	0	1	2	3



## Anhang 1 b

## Therapeutenstundenbogen 2000 (Itemsauswahl)

Code: .....

**Anleitung:**

Wie haben Sie das gerade durchgeführte Erstgespräch erlebt?

Bitte geben Sie dazu an, wie sehr die nachfolgenden Feststellungen für Sie zutreffen.

1.	Ich habe mich in der Beziehung zur Patientin wohlgefühlt.	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
2.	Die Patientin und ich haben einander verstanden.	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
3.	Ich empfand die Patientin als eine interaktionell schwierige Person.	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
4.	Redete die Patientin von sich aus offen über ihre Gefühle und Wünsche mit Ihnen?	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
5.	Verhielt sich die Patientin eher abwartend und reaktiv?	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
6.	Hatten Sie beim Gespräch mit der Patientin den Eindruck von Widerstand?	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
7.	Ich habe im Erstgespräch versucht, Ressourcen der Patientin gezielt zu nutzen.	überhaupt 0	stimmt 1	stimmt 2	stimmt 3	stimmt 4		
8.	Ich habe im Erstgespräch gezielt Gelegenheiten genutzt, dass die Patientin auch ihre positiven Seiten	überhaupt 0	stimmt 1	stimmt 2	stimmt 3	stimmt 4		
9.	Ich bin damit zufrieden, wie ich das Erstgespräch gestaltet habe.	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3
10.	Die Situation hat mich angespannt und nervös gemacht.	überhaupt -3	-2	eher -1	weder 0	eher 1	2	ja, ganz 3

## Anhang 2

### Rollenbeschreibungen der Patientin (Rollenspiel)

#### Rollenspiel 2008

##### **Persönlich / Lebenssituation**

Sabine Jakobi  
 25.2.1987 (21 Jahre)  
 Geburtsort Karlsruhe  
 kommt aus einem kleinen Ort in der Nähe von Karlsruhe  
 wohnt jetzt bei der Schwester in Bern

##### **Ausbildung / Werdegang**

Realschulabschluss  
 verschiedene Ausbildungen abgebrochen (Einzelhandelskauffrau, Floristin)  
 seit Herbst 2007 Ausbildung zur Pflegefachfrau/ Krankenschwester  
 lebt für zwei Monate bei ihrer Schwester in Bern, da sie hier ein Auslandskurs für ihre Ausbildung zu absolvieren hat

##### **Familie**

Schwester: Katrin Jacobi, 27 (Physiotherapeutin; lebt mit ihrem Freund in Bern)  
 Mutter: Christa, 55 (Hausfrau): sehr fürsorglich, immer Angst um die Töchter gehabt, dabei auch streng, aber immer sehr liebevoll  
 Vater: Bernd, 58 (arbeitet bei der Bank): arbeitet viel, eher ruhig  
 Eltern leben in Karlsruhe  
 behütete Kindheit, keine besonderen Vorkommnisse

##### **Freunde / Partner**

hatte zwei Partnerschaften, die letzte vor einem Jahr (er ist weggezogen)  
 hat eine gute Freundin in Karlsruhe, sonst einige Bekanntschaften über die Ausbildung  
 hat derzeit keinen Partner

##### **Hobbies**

Früher gerne mit Freundin ausgegangen, Joggen

##### **Verfassung / Erscheinungsbild / Symptome**

unruhige Hände  
 eingefallene Körperhaltung, Hände verschränkt  
 etwas leblose Gesichtsmimik  
 schaut Therapeuten selten an  
 langsames Antworten, spricht leise und in einer Tonlage, unpräzise Antworten  
 keine konkreten Suizidpläne  
 müde, unkonzentriert  
 freundlich, ruhig, etwas schüchtern, Erzählungen sind etwas strukturlos

##### **Schwierigkeiten**

Anfangs nicht auf Frage nach Grund für Aufsuchen der Praxisstelle eingehen  
 wortkarg antworten, Pause machen, „weiß ich nicht“-Antworten  
 Patientin macht Druck, dass sie schnell geheilt werden will  
 Kompetenz des Therapeuten in Frage stellen  
 Tasche im Bus vergessen

## **Rollenspiel 2009**

### **Persönlich / Lebenssituation**

Janina Huber  
13.11.1987 (21 Jahre)  
Geburtsort Bern

### **Ausbildung / Werdegang**

keine Information

### **Familie**

keine Information

### **Freunde / Partner**

keine Information

### **Hobbies**

keine Information

### **Verfassung / Erscheinungsbild / Symptome**

eingefallene Körperhaltung, Hände verschränkt  
etwas leblose Gesichtsmimik  
schaut Therapeuten selten an  
langsames Antworten, spricht leise und in einer Tonlage, unpräzise Antworten  
keine konkreten Suizidpläne  
müde, unkonzentriert  
depressive Stimmung  
sehr introvertiert

### **Schwierigkeiten**

Anfangs nicht auf Frage nach Grund für Aufsuchen der Praxisstelle eingehen  
wortkarg antworten, Pause machen, „weiß ich nicht“-Antworten  
stellt Kompetenz des Therapeuten in Frage  
Handy oder Geldbörse verloren

## **Rollenspiel 2010**

### **Persönlich / Lebenssituation**

Nadine Baumeister  
 25.6.1986 (22 Jahre)  
 in Münster geboren und aufgewachsen  
 wohnt jetzt mit ihrem Freund in Bern

### **Ausbildung / Werdegang**

Abitur  
 Studium in Skandinavistik und Wirtschaft abgebrochen  
 Danach Au-Pair-Jahr in Schweden  
 derzeit nicht in einer Ausbildung und arbeitslos

### **Familie**

keine Information

### **Freunde / Partner**

lebt mit ihrem Freund in Bern  
 ist bereits 2 Jahre mit ihm zusammen

### **Hobbies**

Reisen, kochen

### **Verfassung / Erscheinungsbild / Symptome**

Affektiert und fassadär stabil  
 unruhige Hände  
 dominant und in Erzählungen weitschweifig  
 schildert entgegen des aktiven Eindrucks, depressive Symptome  
 Versagensängste, Selbstwertprobleme, negativen aufwärtsgerichteten Vergleiche mit Freunden

### **Schwierigkeiten**

logorhöisch, affektiert  
 bietet dem Therapeuten kaum Möglichkeiten für konkrete Fragen oder Sitzungsstrukturierung  
 berichtet, lang und monoton  
 stellt dem Therapeuten private und indiskrete Fragen  
 wünscht Unterbrechung der Sitzung für eine Raucherpause

## **Rollenspiel 2011**

### **Persönlich / Lebenssituation**

Nicole Fankhauser  
 22 Jahre alt (13. März 1989)  
 Geboren und aufgewachsen in Gstaad  
 Studiert und lebt in einer WG in Bern; fühlt sich oft einsam  
 Kontakt zu WG-Kollegen: Sehr distanziert, jeder schaut für sich

### **Ausbildung / Werdegang**

Sekundarschule und Gymnasium (keine Probleme, war immer gut in der Schule)  
 Ausland-Halbjahr in den USA (Sprachschule + Freiwilligen-Arbeit in Kinderheim) => früher abgebrochen wegen Heimweh  
 Arbeit in Bar (1.5 Jahre => wusste nicht, was studieren)  
 Studium (3. Semester): Englisch und Medienwissenschaften  
 Hat während der letzten beiden Semester zweimal in der Woche in einer Bar gearbeitet => konnte sich am Abend jeweils nicht mehr aufraffen, arbeiten zu gehen.  
 Semesterferien: Meist zuhause in Gstaad; konnte für den Vater (Lehrer) Stellvertretungen machen; in der jetzigen Verfassung allerdings nicht in der Lage, vor eine Klasse zu stehen.

### **Familie**

Vater: Bernhard (61); arbeitet als Lehrer; ruhiger Typ; relativ distanziertes Verhältnis => verhält sich auch gegenüber seinen Töchtern lehrerhaft.  
 Mutter: Sybille (56); Hausfrau; sehr enges Verhältnis; macht sich sorgen und fühlt sich hilflos, weil sie nicht helfen kann.  
 Schwester: Fabienne (24); in der Kindheit ein sehr intensives Verhältnis (auch mit vielen Auseinandersetzungen); wohnt mit Freund in Gstaad und arbeitet als KV-Angestellte.

### **Freunde / Partner**

Hat keinen Partner (die erste Partnerschaft ging während USA-Aufenthalt in die Brüche; durch Tätigkeit als Barmaid zwei weitere Bekanntschaften, welche jedoch nur kurz dauerten).  
 Keine sehr enge Freundin; einige Kolleginnen aus Schwimmclub in Gstaad und neu auch in Bern (geht allerdings unregelmässig ins Schwimmen, hat am Abend jeweils keine Energie mehr).

### **Hobbies**

Im Moment am liebsten zu Hause (sie kann sich für keine Aktivitäten mehr begeistern; wenn sie etwas macht, dann muss sie sich jeweils überwinden); verschanzt sich in ihrem Zimmer und arbeitet viel für die Uni  
 Früher leidenschaftliche Schwimmerin  
 Hat früher viel mit ihren Schwimm-Kolleginnen unternommen

### **Verfassung / Erscheinungsbild / Symptome**

Antriebslos: Vorstellung, etwas in die Hand nehmen zu müssen, überfordert sie (z.B. Planung von Studium: Auslandsaufenthalt); kommt am morgen nicht aus dem Bett (die Vorstellung, dass ein langer und anstrengender Tag bevorsteht, schreckt ab).  
 Traurige Stimmung und Niedergeschlagenheit: Kann für nichts Freude empfinden  
 Schlafstörungen: Kann manchmal lange nicht einschlafen, wacht in der Nacht auf und ist tagsüber sehr müde.

Appetitlos: Hat bereits stark abgenommen.

Erscheinungsbild / Verhalten: Gekrümmte Haltung, nervöse Bewegungen mit den Händen, trauriger Gesichtsausdruck, gesenkter Blick, leise und monotone Sprechweise, strukturlose Antworten/Erzählungen

### **Schwierigkeiten**

Zunächst sehr einfach/kooperativ scheinend

An geeigneter Stelle während dem Gespräch Druck machen => schnell eine Verbesserung wollen (ich muss für die Uni Prüfungen lernen => wie lange geht es denn, bis es mir wieder besser geht? Können sie mir denn nicht sagen, was ich machen kann, damit ich wieder voll einsatzfähig bin? Eine Therapie ist ja eine zusätzliche Belastung: das kann sie sich nur leisten, wenn es rechtzeitig etwas bringt!). Ziel: Von der Therapeutin/dem Therapeuten hören, dass es mir bald besser gibt (oder aber eine überzeugende Erklärung, warum das nicht möglich ist...).

Dem Therapeuten persönliche Fragen stellen (wie ist das bei Ihnen? Kennen Sie dieses Gefühl nicht auch?)\*

Am Schluss (nach ca. 18 Minuten): Zigaretten-Pause?

\* Nur bringen, wenn erste Schwierigkeit schnell und gut bewältigt wurde. Was steht hinter dem ‚Persönlichwerden‘: Nicole ist es unangenehm, im Mittelpunkt zu stehen (exponiert zu sein) => sie will den Fokus weg von sich auf die Therapeutin/den Therapeuten lenken.

## **Rollenspiel 2012**

### **Persönlich / Lebenssituation**

Nadine Baumeister  
 25.6.1986 (22 Jahre)  
 in Münster geboren und aufgewachsen  
 wohnt jetzt mit ihrem Freund in Bern

### **Ausbildung / Werdegang**

Abitur  
 Studium in Skandinavistik und Wirtschaft abgebrochen  
 Danach Au-Pair-Jahr  
 derzeit nicht in einer Ausbildung und arbeitslos

### **Familie**

Vater drängte sie ins Wirtschaftsstudium  
 Gut bürgerliche Familie  
 Keine Geschwister

### **Freunde / Partner**

lebt mit ihrem Freund in Bern  
 ist bereits 2 Jahre mit ihm zusammen

### **Hobbies**

Reisen, kochen

### **Verfassung / Erscheinungsbild / Symptome**

Affektiert und fassadär stabil  
 schildert entgegen des aktiven Eindrucks, depressive Symptome  
 müde, antriebslos  
 Schlafstörung, Konzentrationsstörung  
 Nervosität, schildert Zunahme des Zigarettenkonsums  
 starker Redefluss  
 freundlich und zugewandt

### **Schwierigkeiten**

Drängt Therapeuten zur schnellen Handlung und Hilfestellung  
 Wünscht sofortigen Tipp und Äußerung einer hoffnungsvollen Prognose seitens des  
 Therapeuten  
 Geldbörse verloren  
 wünscht Unterbrechung wegen Erschöpfung

## **Rollenspiel 2013**

### **Persönlich / Lebenssituation**

Katharina Moser  
25.6.1986 (22 Jahre)  
Lebt noch zu Hause bei ihrer Familie

### **Ausbildung / Werdegang**

Abitur  
Studiert Anglistik und Germanistik in Bern

### **Familie**

keine Information

### **Freunde / Partner**

keine Partnerschaft

### **Hobbies**

keine Information

### **Verfassung / Erscheinungsbild / Symptome**

eingefallene Körperhaltung  
lustlos und antriebsarm  
unruhig  
meidet Blickkontakt zum Therapeuten  
deutet kurz an, unter unwillkürlich auftretenden Bauchschmerzen zu leiden

### **Schwierigkeiten**

starke Bauchschmerzen während der Sitzung  
Psychosomatische Komponente der Bauchschmerzen sollte spätestens in der akuten Schmerzphase der Patientin erkannt werden  
hilf der Therapeut?



### Anhang 3

## Repertory Grid Technique Interviewleitfaden und Protokollbogen

#### Repertory Grid – Durchführung

Wir wollen nun gemeinsam ein Repertory Grid erstellen, d.h. ein Raster ihrer persönlichen Konstrukte. Diese Technik basiert auf einer Theorie von George Kelley (1955). Demnach stellen Konstrukte ein System dar, mit Hilfe dessen wir Erfahrungen deuten, bewerten und einordnen. In der Repertory Grid Technik finden wir diese Konstrukte nun anhand der Charakterisierung von Personen heraus, die für Sie bedeutsam sind. Sie können hier nichts falsch oder richtig machen und antworten Sie nur soweit, wie es Ihnen recht ist. Das Prozedere ist recht leicht zu verstehen, ich sage Ihnen vor jedem Schritt, wie es weitergeht. Haben Sie noch Fragen?

Wir fangen einfach mal an und wenn Fragen aufkommen, können Sie diese jederzeit stellen.

Wir fangen nun damit an, dass wir für das Erheben der Konstrukte **mindestens sieben Personen** (maximal zehn) brauchen, die für Sie in Ihrem Leben wichtig sind oder waren. Das können Menschen sein, die Sie gerne mögen oder auch nicht mögen, Familie, etc.. Zwei Elemente sind bereits vorgegeben, das sind die Karten „Selbst“ und „Idealselbst“. Die weiteren fünf bis acht Elemente sollten aus Familie, Freundeskreis, Partner, Arbeitskollege oder jmdn., den man nicht mag, bestehen. (homogene Altersgruppe, fiktive Personen sollten nicht unbedingt gewählt werden). Bitte schreiben Sie diese Personen nun so auf, wie Sie sie auch nennen (Bsp: Freund Basti statt Sebastian)

Diese Personen vom Kandidaten auf Kärtchen schreiben lassen.

Selbst diese Personen mitnotieren und sich erklären lassen, wer das ist.

Ich werde nun zwei aus diesen Personen ziehen.

Was haben Ihrer Meinung nach, diese beiden Menschen für eine gemeinsame Eigenschaft, d.h. in was sind sich beide ähnlich?

Pol A1 des ersten Konstrukts notieren

Was stellt für Sie den Kontrast zu dieser Gemeinsamkeit dar?

Pol A 2 notieren

Kreise in den Zahlenkästchen machen, zu welchen Personen das Konstrukt gehört.

Fallen Ihnen weitere Gemeinsamkeiten zu diesen beiden Personen ein?

Pol B1 des ersten Konstrukts notieren

Was stellt für Sie den Kontrast zu dieser Gemeinsamkeit dar?

Pol B2 notieren

Mit Schritt 2 fortfahren, bis alle Elemente einmal an der Reihe waren.

(Nochmals alle Konstrukte wiederholen und fragen, ob noch Änderungswünsche da sind.)

Auf einer Skala von 1 bis 7, wobei 1=Pol 1, 7=Pol 2 und 4=die Mitte bedeutet (Beispiel mit erstem Konstrukt und einer Person machen), wo würden Sie die von Ihnen genannten Personen einordnen?

Ich ordne die Karteikärtchen entsprechend der Reihenfolge auf meiner Liste und gebe den Stapel dem Kandidaten. Der Kandidat soll jetzt für jedes von mir vorgelesene Konstrukt die Personen raten.

Werte eintragen

! wenn Kandidat nicht sofort auf eine Gemeinsamkeit kommt, kann man auch erst fragen, was beide Personen nicht sind

! es sind keine Wertungen in den Eigenschaften erlaubt, also z.B. „extrem optimistisch“

!keine dichotomen Variablen

! der Kandidat muss sich auf eine Beschreibung eines Pols einigen

**Protokollbogen**

Name/VPN-Code\_\_\_\_\_

Datum\_\_\_\_\_

Konstrukte		Selbst	Idealselbst																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1																			
2	2																			
3	3																			
4	4																			
5	5																			
6	6																			
7	7																			
8	8																			
9	9																			
10	10																			
11	11																			
12	12																			
13	13																			
14	14																			
15	15																			
16	16																			
17	17																			
18	18																			
19	19																			
20	20																			

Legende:

Pol A

1 sehr

2 ziemlich

3 etwas

4 mittel

Pol B

5 etwas

6 ziemlich

7 sehr

## Anhang 4 Supervisorenbogen

### Fragebogen für Supervisoren:

**Für Patient ...**

☐ Einzelsupervision    ☐ Gruppensupervision (kann auch beides angekreuzt werden)

War das ein schwieriger PatientIn, so dass trotz gutem Können des/r TherapeutIn mit einer geringen Effektstärke gerechnet werden muss?

1 .....2.....3.....4.....5.....6

Stimmt nicht

stimmt genau

kurze Erklärung, worin die Schwierigkeit bestand: .....

**Für Patient ...**

☐ Einzelsupervision    ☐ Gruppensupervision (kann auch beides angekreuzt werden)

War das ein schwieriger PatientIn, so dass trotz gutem Können des/r TherapeutIn mit einer geringen Effektstärke gerechnet werden muss?

1 .....2.....3.....4.....5.....6

Stimmt nicht

stimmt genau

kurze Erklärung, worin die Schwierigkeit bestand: .....

**Für Patient ...**

☐ Einzelsupervision    ☐ Gruppensupervision (kann auch beides angekreuzt werden)

War das ein schwieriger PatientIn, so dass trotz gutem Können des/r TherapeutIn mit einer geringen Effektstärke gerechnet werden muss?

1 .....2.....3.....4.....5.....6

Stimmt nicht

stimmt genau

kurze Erklärung, worin die Schwierigkeit bestand: .....

Bitte die folgenden Einschätzung verallgemeinernd über die supervidierten Patienten/Therapien machen!

**1. Wie schätzt Du den Grad der Selbstoffenbarung Deines Supervisanden in Deiner Supervision ein?** (nicht in der Therapie selbst; d.h. wie stark sagt er/sie, wie es ihm in der Therapie geht, was in ihm auch emotional abläuft).

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**2. Wie schätzt Du die (Selbst-)Reflektionsfähigkeit Deines Supervisanden in Deiner Supervision ein?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**3. Wie schätzt Du die Leistungsorientierung Deines Supervisanden ein?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**4. Wie schätzt Du die Fähigkeit Deines Supervisanden ein, eine tragfähige und offene therapeutische Beziehung zu gestalten?**

- (1)nicht vorhanden
- (2) sehr gering ausgeprägt
- (3) gering ausgeprägt
- (4) ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

Ergänzung falls notwendig: Diese Fähigkeit variiert (im Vergleich zu anderen TherapeutInnen) überdurchschnittlich stark von Patient zu Patient

**5. Wie schätzt Du die Fähigkeit Deines Supervisanden ein, sich flexibel auf die Bedürfnisse des Patienten einzustellen?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

Ergänzung: Bitte kurz beschreiben, wenn diese Fähigkeit bei einem Patienten, im Gegensatz zu den anderen Fällen, besonders eingeschränkt war:

**6. Wie schätzt Du die Fähigkeit Deines Supervisanden ein, auch mit schwierigen Patienten umzugehen? (bitte nehme Bezug auf die Schwierigkeiten, welche du oben geschildert hast)**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**7. Wie schätzt Du die Kompetenz Deines Supervisanden ein, Fallkonzeptionen zu erstellen und den dazugehörigen Behandlungsplan abzuleiten?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**8. Wie schätzt Du die Fähigkeit Deines Supervisanden ein, den Behandlungsplan flexibel an die aktuelle Situation und die aktuellen Schwerpunkte anzupassen?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**9. Wie schätzt Du die Offenheit Deines Supervisanden in Bezug auf die Auseinandersetzung und Integration neuer therapeutischer Techniken und kritischer Anmerkungen in seine Therapie ein?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**10. Wie schätzt Du das Methodengeschick Deines Supervisanden ein?**

- (1)nicht vorhanden
- (2)sehr gering
- (3)gering
- (4)ausgeprägt
- (5)stark ausgeprägt
- (6) sehr stark ausgeprägt

**11. Wie bewertest Du die Vor- und Nachbereitung der Supervision durch Deinen Supervisanden?**

- (1)nie
- (2) in unregelmäßigen Abständen
- (3) in regelmäßigen Abständen (selten)
- (4) in regelmäßigen Abständen (oft)
- (5) kann ich nicht beurteilen

## **Anhang 5**

### **Basiskorrelationsberechnung Therapeutenvariablen prä Weiterbildung und Patientenvariablen sowie „Therapieerfolg\_Index“**

Aufgrund der Größe der Tabelle wird diese in mehrere Segmente unterteilt, damit diese auf DinA4-Format lesbar ist.

## Patientendaten

	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt-& Nebendiagnosen	Belastung		Somatisierung		Zwanghaftigkeit		Unsicherheit		Depressivität		Ängstlichkeit		BSI	
						Therapeut	Therapiebeginn	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI
SDS-CM	r	-.137	-	.147*	-0.062	-.177*/-.234/.045/.643*	-.116	-.027	-.042	-.189*	-.109	-.020	-.246**						
Prä Patient	N	104	-	229	222	129/55/26/14	135	135	135	135	135	135	137						
SDS-CM	r	.089	-	0.13	-0.144	-0.018/- .369*/-.07/0.414	.073	.100	.098	-.028	.044	.115	-.049						
Post Patient	N	104	-	138	139	86/40/19/10	135	135	135	135	135	135	136						
SDS-CM	r	.152	-	0.152	-.248*	-0.104/- .338/.025/-.052	-.071	-.065	-.016	.034	-.046	.020	-.144						
KAT1 Patient	N	48	-	63	64	38/19/9/5	62	62	62	62	62	62	62						
SDS-CM	r	-.227	-	0.314	-.370*	-0.139/-.058/-.046/.262	-.090	.028	-.125	-.196	-.147	.073	-.037						
Kat2 Patient	N	27	-	37	37	20/11/6/3	36	36	36	36	36	36	36						
Therapieerfolg	r	1	-.012	-.003	-.054	.068/-.083/.003/.074	.678**	.441**	.570**	.545**	.463**	.510**	.445**						
(Index)	N	104	104	101	103	64/30/16/8	104	104	104	104	104	104	104						

## Patientendaten

[illegible]



Therapeutendaten	Patientendaten												
	Therapieerfolg	SDS-CM	Therapeut	Pat.-alter	Anzahl	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	BSI	BSI
	(Index)			Therapiebeginn	Sitzungen							Ängstlichkeit	Aggressivität
Alter Therapiebeginn	r .010	.029		0.102	0.004	-0.017/ -.186/ -.395*/ -.125	.015	.043	-.092	-.055	-.015	.125	.001
	N 104	76		237	230	178/76/36/16	136	136	136	136	136	136	138
Geschlecht	r -.051	.058		-0.031	-0.008	0.087/ -.029/ .187/ .008	-.133	-.081	-.029	-.014	-.186*	-.126	-.117
	N 104	76		241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
Weiterbildungsstatus	r .004	.012		-0.025	0.055	0.117/ .04/ .227/ -.045	.142	.214*	.105	.112	.067	.095	.212*
	N 104	76		241	233	196/ 85/ 41/ 17	137	137	137	137	137	137	139
Rollenspiel	r -.047	-		0.033	0.069	0.071/ -.062/ -.136/ .061	.084	.069	.071	.026	.041	.072	.032
	N 102	-		237	229	191/84/41/17	133	133	133	133	133	133	135
pos. Bez._PSTB	r .047	-		0.068	0.093	-0.011/ -.058/ .023/ -.182	.091	.158	.107	.017	-.012	.100	.096
	N 102	-		237	229	191/84/41/17	133	133	133	133	133	133	135

Therapeutendaten	Patientendaten																	
	BSI	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000	VLB
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd	red. Belastung	soz-Umfeld			
Alter Therapiebeginn	r -.081	.038	.024	-.086	.107	.015	.046	.004	.023	.010	.009	.051	-.088	.023				.026
	N 136	136	136	137	137	137	137	137	137	137	137	125	136	136				134
Geschlecht	r .020	-.088	-.207*	-.011	-.125	-.194*	-.227**	-.081	-.058	.053	.044	.087	.023	-.041				.064
	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137				135
Weiterbildungsstatus	r .150	.049	.025	.078	.134	.032	-.005	-.002	.059	.101	.055	.101	.090	-.043				.094
	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137				135
Rollenspiel	r .140	.030	.050	.006	-.046	-.050	-.062	-.140	-.106	-.153	-.077	-.120	.123	.018				-.113
	N 133	133	133	134	134	134	134	134	134	134	134	123	133	133				131
pos. Bez._PSTB	r -.005	.084	.072	.041	.092	.001	.013	.029	.023	-.060	.035	.062	-.028	.038				.156
	N 133	133	133	134	134	134	134	134	134	134	134	123	133	133				131



Therapeutendaten

Patientendaten																		
Therapieerfolg (Index)	Therapeut	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	BSI	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	BSI	Depressivität	BSI	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
r	.000	.080	-0.075	0.016	-0.011/ -.023/ .101/ -.187		-.016	.019		-.150		-.052		-.005		.032		-.041
N	102	76	237	229	191/84/41/17		133	133		133		133		133		133		135
r	-	-.052	0.026	0.032	-0.047/ -.208/ .033/ .336		.010	.040		-.133		.000		-.023		.052		-.044
N	-	76	237	229	191/84/41/17		133	133		133		133		133		133		135
r	-	-.168**	-0.059	0.08	-.160*/ -.001/ -.272/ -.319		.044	-.052		.096		.052		.010		.049		-.075
N	-	76	237	229	191/84/41/17		133	133		133		133		133		133		135
r	.042	.284**	0.029	-0.12	-0.051/ -.052/ -.027/ -.018		.158	.033		.151		.141		.200*		.152		.092
N	94	76	222	213	181/ 82/ 39/ 16		124	124		124		124		124		124		126
r	.081	.227**	-0.005	-.130	-.025/ -.044/ -.109/-.111		.188*	.073		.160		.160		.217*		.148		.149
N	94	324	222	213	181/ 82/ 39/ 16		124	124		124		124		124		124		126

Therapeutendaten

Patientendaten																	
BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	VLB
phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abwesend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd	red. Belastung	soz.-Umfeld			
r	-.101	.034	.077	-.046	.101	.166	.101	.057	.034	-.058	.002	-.045	.027	-.006			-.016
N	133	133	133	134	134	134	134	134	134	134	134	123	133	133			131
r	-.009	.078	.017	-.077	.073	.043	.040	-.008	-.010	-.099	-.067	-.008	-.095	.061			-.023
N	133	133	133	134	134	134	134	134	134	134	134	123	133	133			131
r	.150	.074	.028	-.039	.066	-.057	.015	.092	-.004	.008	-.015	.138	-.105	.062			.168
N	133	133	133	134	134	134	134	134	134	134	134	123	133	133			131
r	-.034	.197*	.117	.054	.040	-.009	.002	.098	.082	.068	.031	-.058	-.046	-.055			.003
N	124	124	124	125	125	125	125	125	125	125	125	114	125	125			123
r	.004	.204*	.144	.151	.056	.007	.014	.089	.109	.108	.075	.092	-.019	-.092			-.018
N	124	124	124	125	125	125	125	125	125	125	125	114	125	125			123



## Therapeutendaten

Patientendaten														
Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	BSI	Ängstlichkeit	BSI
r	.004	-.040	0.046	-0.045	-0.061/ -.129/ -.258/ -.091	-.127	-.143	-.115	-.129	-.149	-.146	-.146	-.146	-.074
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	139
r	.078	-.176**	0.052	0.115	0.024/ .085/ .02/ .018	-.069	-.015	.088	-.052	-.150	-.100	-.100	-.100	-.003
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	139
r	-.073	.334**	0.045	0.009	0.139/ -.01/ -.013/ .031	-.112	-.074	-.143	-.099	-.059	-.092	-.092	-.092	.010
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	139
r	.064	.151**	-0.004	-0.015	-0.034/ -.019/ .052/ -.231	.143	.152	.085	.089	.157	.163	.163	.163	.053
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	139
r	-.087	.154**	-0.041	0.04	-0.03/ .127/ -.001/ -.122	.000	.106	-.018	.020	-.025	.055	.055	.055	.035
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	139

## Therapeutendaten

Patientendaten															
BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000	VLB
phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd	red. Belastung	soz.-Umfeld	
r	-.125	.033	-.019	-.043	.001	-.047	-.005	-.002	-.064	-.032	.079	.057	-.159	-.084	.077
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	.048	-.021	-.168*	.043	.049	-.097	-.006	.076	.047	.074	.106	.036	-.075	-.067	.202*
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	-.077	-.031	-.146	-.060	-.037	-.120	-.068	-.037	-.009	-.004	-.072	-.002	-.014	-.066	-.095
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	.047	.086	.077	.018	.033	.067	.119	.121	.145	.105	.040	-.013	-.160	-.052	.029
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	-.012	-.055	-.085	-.019	-.039	-.011	-.079	-.098	-.032	-.017	-.142	-.058	.045	-.039	-.168
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135

Therapeutendaten

Patientendaten													
Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt-& Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
r	.135	- .006	-0.077	0.119	0.004/ .028/ -.098/ -.415	.065	.017	.026	.031	.080	.105	.093	
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139	
r	.092	-.041	0.027	-0.026	0.053/ .077/ -.087/ -.136	-.019	-.037	.027	-.048	-.054	-.046	.119	
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139	
r	.035	-.064	-0.019	0.048	-0.012/ .054/ -.001/ -.395	.005	.028	.074	.046	-.068	.023	-.016	
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139	
r	.087	-.197**	0.011	0.044	0.027/ .012/ .052/ -.356	-.057	.013	-.021	-.127	-.153	-.034	.055	
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139	
r	-.169	-.103	-0.045	0.057	0.074/ .029/ -.135/ -.011	.013	.047	-.050	-.004	.051	.107	.002	
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139	

Therapeutendaten

Patientendaten													
BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	VLB
phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl. _pos	Veränd
r	-.010	.063	.024	.022	.145	.096	.120	.170*	.082	.033	.084	-.054	.045
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
r	.005	.048	-.050	.034	.057	-.053	.057	.119	.140	.125	.123	-.200*	.181*
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
r	-.001	.104	-.088	.008	.014	-.059	.040	.113	.037	-.015	-.032	.011	.069
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
r	.070	-.065	-.047	.033	.087	.032	.133	.155	.110	.110	.056	-.084	.129
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
r	.054	-.058	-.105	-.074	-.064	-.107	-.093	-.061	-.068	-.169*	-.011	-.038	-.028
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135

Therapeutendaten	Patientendaten															
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl	Haupt-& Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	BSI	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
	Therapeut	Therapiebeginn	Sitzungen													
NEO Therapeut	r	.105	.235**	-0.103	-0.01	-0.097/ .011/ .152/ .004	.181*	.235**	.123	.186*	.134	.151	.037			
Verträglichkeit	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139			
NEO Therapeut	r	-.103	.241**	-0.023	-0.024	0.102/ -.027/ .058/ -.102	-.011	-.034	-.027	-.022	.111	-.047	-.046			
Gewissenhaftigkeit	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139			
U-Bogen Therapeut	r	.085	-.150**	0.022	0.059	0.079/ .12/ -.084/ .082	-.045	-.029	.099	-.066	-.072	-.067	-.067			
Fehlschlag	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139			
U-Bogen Therapeut	r	.106	-.082	0.059	0.024	-0.018/ .005/ -.061/ .025	-.115	-.064	-.019	-.158	-.173*	-.129	-.058			
Kontaktangst	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139			
U-Bogen Therapeut	r	.134	.181**	0.034	-0.015	-0.008/ .126/ -.204/ -.239	.081	.111	.053	-.004	-.024	.097	.092			
Fordern	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139			

Therapeutendaten	Patientendaten																				
	BSI	BSI	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	IIP64	IIP64	IIP64	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	expl_pos	Veränd	red. Belastung	soz-Umfeld
	phob. Angst	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	IIP64	IIP64	IIP64	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	IIP64	IIP64	post	post	expl_pos	Veränd	red. Belastung	soz-Umfeld
NEO Therapeut	r	.108	.086	.084	.103	.085	.045	.045	.045	-.011	.042	.039	.047	.135	.135	-.107	.054	.054	.054	-.151	.004
Verträglichkeit	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	137	137	135
NEO Therapeut	r	-.018	-.060	-.026	-.122	-.130	-.066	-.066	-.066	-.094	-.123	-.103	-.102	-.131	-.131	.049	.030	.030	.030	.002	-.158
Gewissenhaftigkeit	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	137	137	135
U-Bogen Therapeut	r	.081	-.029	-.121	.123	.052	-.052	-.052	-.052	.046	.116	.092	.198*	.142	.142	.054	-.125	-.125	-.125	.018	.177*
Fehlschlag	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	137	137	135
U-Bogen Therapeut	r	-.005	-.017	-.086	.094	.144	-.002	-.002	-.002	.115	.148	.103	.196*	.206*	.206*	.147	-.205*	-.205*	-.205*	-.030	.200*
Kontaktangst	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	137	137	135
U-Bogen Therapeut	r	.078	.124	.061	.106	.149	.026	.026	.026	.049	.167	.097	.038	.093	.093	.004	-.110	-.110	-.110	-.197*	.138
Fordern	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	137	137	135

Therapeutendaten	Patientendaten													
	Therapieerfolg	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl	Haupt-& Nebendiagnosen	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI
	(Index)	Therapeut	Therapiebeginn	Sitzungen		Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	Aggressivität		
U-Bogen Therapeut nein sagen	r 104	-.128 76	-0.022 241	0.019 233	-0.05/.056/-.189/.013 196/85/41/17	-.107 137	-.048 137	-.021 137	-.150 137	-.149 137	-.097 137	-.151 139		
U-Bogen Therapeut Schuldgefühle	r 104	.000 76	-0.121 241	0.075 233	-0.01/.076/-.055/-.115 196/85/41/17	.110 137	.168* 137	.023 137	.053 137	.108 137	.106 137	.045 139		
U-Bogen Therapeut Normabhängigkeit	r 104	-.007 76	0.035 241	0.039 233	-0.129/.059/-.1338/.11 196/85/41/17	-.085 137	-.066 137	-.111 137	-.106 137	-.146 137	-.066 137	-.084 139		
PID Therapeut Deliberationspräf.	r 104	.185** 76	-0.016 241	0.035 233	.230**/.111/.103/-.296 196/85/41/17	.009 137	.000 137	.025 137	-.007 137	.090 137	-.032 137	.078 139		
PID Therapeut Intuitionspräf.	r 104	-.044 76	-0.058 241	-0.004 233	-0.056/.007/.132/-.017 196/85/41/17	.091 137	.055 137	.071 137	.103 137	.068 137	.096 137	.030 139		

Therapeutendaten	Patientendaten													
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000	VLB
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl._pos_Veränd	red. Belastung soz.-Umfeld
U-Bogen Therapeut nein sagen	r 137	-.006 137	.000 137	-.126 137	.150 138	.055 138	-.052 138	-.009 138	.026 138	.088 138	.125 138	-.050 126	-.144 137	.063 135
U-Bogen Therapeut Schuldgefühle	r 137	.090 137	.046 137	.006 137	.166 138	.083 138	.066 138	.084 138	.089 138	.203* 138	.194* 138	.088 126	-.112 137	.048 135
U-Bogen Therapeut Normabhängigkeit	r 137	.035 137	.023 137	-.053 137	.106 138	.126 138	-.055 138	.049 138	.089 138	.074 138	.147 138	.030 126	-.159 137	.051 135
PID Therapeut Deliberationspräf.	r 137	-.046 137	-.055 137	-.031 137	-.037 138	.003 138	.089 138	.058 138	.042 138	.040 138	.021 138	.102 126	.115 137	-.020 135
PID Therapeut Intuitionspräf.	r 137	.058 137	.079 137	.113 137	.093 138	-.027 138	-.015 138	.058 138	.103 138	.136 138	.030 138	-.002 126	-.053 137	.028 135



Therapeutendaten	Patientendaten												
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt-& Nebendiagnosen	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI	BSI
	Therapeut	Therapiebeginn											
Ambiguitätstoleranz	r	.089	.043	-0.037	-0.091	-0.013/ .091/ -.078/ .191	.131	.131	.087	.179*	.159	.084	.123
unlös. Prob.	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
Ambiguitätstoleranz	r	.012	-.491**	0.032	0.023	-0.02/ .085/ .053/ .032	.043	.014	.006	-.017	.059	.106	.022
soz. Konflikte	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
Ambiguitätstoleranz	r	.152	-.165**	-0.018	-0.031	-0.022/ -.061/ -.051/ .145	.098	.058	.211*	.116	.022	.004	.164
Elternbild	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
Ambiguitätstoleranz	r	.037	-.140**	-0.052	0.054	-0.064/ -.007/ -.283/ -.126	.024	-.057	-.009	.057	.016	-.011	.162
Stereotypen	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
Ambiguitätstoleranz	r	-.086	-.253**	-0.082	0.009	-0.058/ -.007/ .054/ -.177	.101	.037	.030	.128	.134	.139	.138
Offenheit	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139

Therapeutendaten	Patientendaten															
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	VLB	
	phob.Angst	para.Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd	red.Belastung	soz-Umfeld	
Ambiguitätstoleranz	r	-.005	.022	.116	.052	.081	.081	.041	.019	.023	.128	.119	.087	.082	.032	.032
unlösb.Prob.	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
Ambiguitätstoleranz	r	.012	-.069	.105	.041	.043	.151	.143	.114	.090	.120	.059	.073	-.050	.097	.108
soz. Konflikte	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
Ambiguitätstoleranz	r	.072	.048	.082	.030	-.024	-.011	.072	.111	.200*	.185*	.056	.121	-.122	.065	.257**
Elternbild	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
Ambiguitätstoleranz	r	-.072	.034	.094	.041	-.051	-.002	.013	-.022	.069	.062	.100	.070	.010	-.072	.061
Stereotypen	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
Ambiguitätstoleranz	r	.048	-.027	.053	-.032	-.229**	-.036	-.020	-.027	-.039	.027	-.051	.035	-.034	.025	-.034
Offenheit	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135



## Therapeutendaten

Patientendaten												
Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	BSI	Aggressivität
r	-.102	-.325**	0.001	.141*	-.166*/ -.041/ -.25/ .281	-.096	-.138	.017	-.093	-.087	-.108	-.067
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
r	.008	.017	0.071	0.046	-0.1/ .146/ -.214/ .025	-.144	-.112	-.076	-.147	-.191*	-.085	-.015
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
r	-.027	.016	-0.009	.136*	0.018/ -.072/ -.161/ .213	-.052	-.069	.054	-.047	-.133	-.096	-.012
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
r	.021	-.090	0.021	0.098	-0.108/ -.018/ -.183/ .079	-.098	-.123	-.015	-.073	-.177*	-.108	-.007
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
r	.124	-.088	-0.004	0.017	0/ .153/ -.025/ -.34	.031	-.048	.077	.017	.022	.021	.033
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139

Therapeutendaten

Patientendaten															
BSI	BSI	BSI	BSI	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64	IP64
phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	GAS post	BVB2000 expl.	pos. Veränd	red. Belastung	soz-Umfeld
r	-.012	-.049	-.117	-.089	-.008	-.051	.017	-.033	-.135	-.077	-.016	.063	-.218*	.138	.097
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	-.139	-.002	-.142	.116	.040	-.038	.030	.054	-.001	.130	.194*	.018	-.043	-.007	.084
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	.090	-.082	-.049	.082	-.070	-.065	-.014	-.052	-.055	.020	.078	-.019	.035	.034	.063
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	-.011	.019	-.099	-.011	.010	-.161	-.076	-.022	-.060	-.017	.139	.002	-.083	.050	.134
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135
r	-.039	.116	.126	.118	.183*	.176*	.175*	.244**	.184*	.140	.161	.189*	-.067	.007	.201 <sup>15</sup>
N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135





Therapeutendaten		Patientendaten											
Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt-& Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
r	.010	-.195**	-0.03	0.057	-0.113/ .054/ -.177/ -.166	-.005	.008	-.018	.064	-.016	.055	.041	.041
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	139
r	.125	-.077	0.009	0.086	0.067/ .062/ .357*/ .217	-.041	-.028	-.002	-.098	-.039	.017	-.080	-.080
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	139
r	-.067	.030	0.02	-0.011	0.04/ .078/ .13/ .095	-.156	-.165	-.015	-.141	-.079	-.118	-.066	-.066
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	139
r	-.029	-.118*	0.051	0.045	0.011/ .267* / .254/ .463	-.107	-.050	.011	-.206*	-.096	.009	-.056	-.056
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	139
r	.091	-.032	-0.035	-0.032	0.09/ .225* / .486** / .238	-.057	-.088	.081	.008	-.040	-.094	-.028	-.028
N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	139



Therapeutendaten	Patientendaten												
	Therapieerfolg	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl	Haupt-& Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI
	(Index)	Therapeut	Therapiebeginn	Sitzungen									
INK_Therapeut	r	-.025	-.130*	0.023	0.028	0.042/.165/- .149/ .108	-.088	-.102	.082	-.073	-.019	-.087	-.051
Glauben	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.205*	.018	-0.063	0.013	0.022/.146/.16/.127	.006	-.103	.091	.017	.094	-.030	-.047
Leben auskosten	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.087	-.141**	-0.051	0.007	-0.033/.076/.068/ -.36	-.037	-.051	.090	.041	-.076	-.116	.061
Selbstwert	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.009	-.165**	-0.07	0.005	0.043/.198/.064/ -.143	-.102	-.167	-.057	-.156	.010	-.066	-.030
Selbstbelohnung	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.037	-.190**	-0.021	0.12	-0.038/.145/.045/ -.202	-.013	.045	.040	-.039	.001	.035	-.010
Alleinsein	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.160	-.012	-.050	.099	.056	.162	.133	.179*	.078	.071	.100	-.031
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.033	-.074	-.085	.045	.036	.139	.089	.139	.098	.126	-.040	.003
Alleinsein	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.160	-.012	-.050	.099	.056	.162	.133	.179*	.078	.071	.100	-.031
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.033	-.074	-.085	.045	.036	.139	.089	.139	.098	.126	-.040	.003
Alleinsein	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.160	-.012	-.050	.099	.056	.162	.133	.179*	.078	.071	.100	-.031
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.033	-.074	-.085	.045	.036	.139	.089	.139	.098	.126	-.040	.003
Alleinsein	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.160	-.012	-.050	.099	.056	.162	.133	.179*	.078	.071	.100	-.031
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.033	-.074	-.085	.045	.036	.139	.089	.139	.098	.126	-.040	.003
Alleinsein	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.160	-.012	-.050	.099	.056	.162	.133	.179*	.078	.071	.100	-.031
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.033	-.074	-.085	.045	.036	.139	.089	.139	.098	.126	-.040	.003
Alleinsein	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.160	-.012	-.050	.099	.056	.162	.133	.179*	.078	.071	.100	-.031
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.033	-.074	-.085	.045	.036	.139	.089	.139	.098	.126	-.040	.003
Alleinsein	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	expl._pos	red. Belastung
INK_Therapeut	r	.011	-.116	-.171*	-.002	-.141	-.056	-.054	-.022	-.022	.058	-.022	.035
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.078	.005	.037	.054	.102	.214*	.127	.231**	.133	.182*	.118	-.066
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137
INK_Therapeut	r	-.046	.077	-.083	.024	-.026	-.067	.027	.105	.059	.100	.099	-.093
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137



Therapeutendaten	Patientendaten													
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM Therapeut	Pat.-alter Therapiebeginn	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI
INK_Therapeut	r .063	.087	0.008	0.022	0.019/ .007/ .3/ .085		-.112	-.080	-.054		-.053	-.078	-.133	
Geringschätzung	N 104	76	241	233	196/85/41/17		137	137	137		137	137	137	
INK_Therapeut	r .078	-.113*	0.001	0.026	0.045/ .068/ .232/ -.084		-.078	-.017	.009		-.064	-.072	-.086	
Erniedrigung	N 104	76	241	233	196/85/41/17		137	137	137		137	137	137	
INK_Therapeut	r .008	-.079	0.017	0.047	0.027/.099/ .157/ .067		-.148	-.089	-.037		-.107	-.114	-.103	
Vorwürfe	N 104	76	241	233	196/85/41/17		137	137	137		137	137	137	
INK_Therapeut	r -.018	-.012	-0.122	0.049	0.028/ .139/ .228/ .03		-.138	-.210*	.016		-.108	-.006	-.147	
Abhängigkeit	N 104	76	241	233	196/85/41/17		137	137	137		137	137	137	
INK_Therapeut	r .070	-.356**	-0.053	-0.028	-0.065/ .095/ .007/ .103		.070	.074	.095		.069	.097	.126	
Spannung m.anderen	N 104	76	241	233	196/85/41/17		137	137	137		137	137	137	

Therapeutendaten	Patientendaten													
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000
	_phob.Angst	para.Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos	Veränd
INK_Therapeut	r -.162	-.027	-.104	.042	-.019	-.043	.049	.120	.097	.150	.121	-.011	.105	-.108
Geringschätzung	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137
INK_Therapeut	r -.145	-.007	-.037	.052	.066	.043	.127	.152	.144	.148	.133	.007	-.021	-.074
Erniedrigung	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
INK_Therapeut	r -.099	-.110	-.180*	.056	-.051	-.095	-.037	.081	.064	.160	.149	-.067	.043	-.187*
Vorwürfe	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
INK_Therapeut	r -.217*	-.030	-.125	.091	-.037	.057	.012	.076	.025	.069	.058	-.066	-.080	-.037
Abhängigkeit	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135
INK_Therapeut	r .145	-.085	-.008	-.039	.017	-.017	.053	.122	.123	.106	.003	.058	-.117	.077
Spannung m.anderen	N 137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	135

Therapeutendaten	Patientendaten												
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI
	Therapeut	Therapiebeginn	Sitzungen										
INK_Therapeut	r	-.084	-.190**	-0.067	0.034	0.052/ .063/ .373* / .099	-.072	-.008	-.013	-.028	-.045	-.036	-.054
s. verletzbar machen	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.121	.058	-0.12	-0.07	0.036/ -.034/ .441**/ -.002	-.038	-.056	-.029	.023	.043	-.065	-.109
Hilflosigkeit	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.162	-.109*	-0.02	0.075	-0.023/ .05/ .157/ .108	-.077	-.033	.042	-.045	-.069	-.106	-.076
Versagen	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.096	-.175**	-0.012	0.052	0.031/ .231* / .214/ .093	-.088	-.112	.055	-.062	-.047	-.067	-.047
Annäherungsziele	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139
INK_Therapeut	r	.163	-.108*	-0.023	0.075	-0.024/ .055/ .157/ .109	-.076	-.033	.040	-.047	-.068	-.104	-.076
Vermeidungsziele	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	139

Therapeutendaten	Patientendaten																	
	BSI	BSI	para. Denkes	Fremdheit	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000	red. Belastung	soz.-Umfeld
	phob. Angst				autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd				
INK_Therapeut	r	-.024	-.024	-.172*	.039	-.038	-.024	.033	.018	-.010	.095	.009	-.032	.106	-.021		.013	
s. verletzbar machen	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137		135	
INK_Therapeut	r	-.080	.018	-.017	.028	.024	.058	.078	.158	.095	.081	.064	.021	-.003	-.095		-.034	
Hilflosigkeit	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137		135	
INK_Therapeut	r	-.081	-.066	-.041	.026	.078	.046	.075	.128	.184*	.126	.159	.004	.021	-.114		.114	
Versagen	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137		135	
INK_Therapeut	r	-.082	-.048	-.138	.036	-.013	.059	.091	.188*	.142	.127	.094	.028	-.071	-.012		.096	
Annäherungsziele	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137		135	
INK_Therapeut	r	-.080	-.062	-.040	.031	.080	.048	.073	.129	.183*	.128	.162	.002	.016	-.118		.114	
Vermeidungsziele	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137		135	





Therapeutendaten	Patientendaten															
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	BSI	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
	Therapeut	Therapiebeginn														
FAMOS_Therapeut	r	.195*	.009	0.004	-0.02	0.024/.062/.044/-.451	.254**	.165	.100	.204*	.283**	.185*	.237**			
Bildung	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	137	139
FAMOS_Therapeut	r	.130	.242**	0.036	0.007	0.074/-.01/.06/-.178	.152	.094	.034	.063	.168	.143	.067			
Glauben	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	137	139
FAMOS_Therapeut	r	.083	-.010	-0.01	-0.021	0.03/.016/.101/-.575*	.212*	.154	.137	.145	.095	.224**	.234**			
Leben auskosten	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	137	139
FAMOS_Therapeut	r	.085	-.017	0.034	.137*	0.043/-.13/.202/-.311	.088	.049	.015	.057	.060	.081	-.033			
Selbstwert	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	137	139
FAMOS_Therapeut	r	.041	.061	-0.04	0.047	-0.049/.027/.059/-.378	.190*	.188*	.051	.198*	.117	.211*	.075			
Selbstbelohnung	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	137	137	137	139

Therapeutendaten	Patientendaten																		
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000	VLB
	phob.	Angst	para.	Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd	red. Belastung	soz.-Umfeld		
FAMOS_Therapeut	r	.096	.187*	.285**	.040	.211*	.169*	.153	.162	.212*	.150	.154	.011	-.020	.081				
Bildung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	137	137	135				
FAMOS_Therapeut	r	.055	.053	.161	.098	.051	.182*	.100	.064	.166	.080	-.052	-.067	-.071	-.187*				
Glauben	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135				
FAMOS_Therapeut	r	.165	.157	.162	.007	-.036	-.008	.051	.045	.101	-.070	.071	-.011	.068	.051				
Leben auskosten	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135				
FAMOS_Therapeut	r	.093	.110	.081	-.034	.156	.045	.025	.061	.071	-.029	.054	-.017	.006	.127				
Selbstwert	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135				
FAMOS_Therapeut	r	.194*	.122	.112	-.011	.045	.050	.014	.015	.085	-.108	-.094	.106	-.010	-.162				
Selbstbelohnung	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	126	137	137	135				





Therapeutendaten	Patientendaten												
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	BSI
		Therapeut	Therapiebeginn										
FAMOS_Therapeut	r	.066	-.027	-.136*	-0.088	0.082/ .205/ .235/ -.284	.048	.020	.172*	.050	.052	-.005	BSI
Vermeidungsziele	N	104	76	241	233	196/85/41/17	137	137	137	137	137	137	BSI
Supervisorenbogen	r	-.143	-.014	0.192	-.367**	-0.192/ .062/ .368/ -.625	-.068	-.151	-.030	.156	-.038	-.205	Aggressivität
schwieriger Patient	N	37	121	73	74	71/30/15/5	47	47	47	47	47	47	
Supervisorenbogen	r	.106	.121	0.002	0.092	0.173/ .036/ .031/ -.114	.018	-.056	.060	.064	.106	-.064	.054
Selbstoffenbarung	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57
Supervisorenbogen	r	-.172	.019	-0.108	-0.06	-0.008/ .315*/ -.142/ -.381	-.109	-.102	.008	-.115	-.029	-.124	-.109
Reflexionsfähigkeit	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57
Supervisorenbogen	r	.083	.167*	0.049	0.012	0.003/ .074/ -.101/ -.681*	-.047	-.053	.135	-.067	-.032	-.054	-.188
Leistungsorientierung	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57

Therapeutendaten	Patientendaten												
	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI	BSI
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos_Veränd
FAMOS_Therapeut	r	-.025	.019	.074	.126	.059	.062	.081	.181*	.067	.171*	.193*	.057
Vermeidungsziele	N	137	137	137	138	138	138	138	138	138	138	138	137
Supervisorenbogen	r	-.134	-.075	.161	-.127	-.264	-.160	-.263	-.179	-.100	-.252	-.134	-.189
schwieriger Patient	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	49
Supervisorenbogen	r	-.175	-.007	.186	-.036	.000	.173	.151	.011	-.118	-.119	-.116	.098
Selbstoffenbarung	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	58
Supervisorenbogen	r	-.218	-.130	-.017	-.154	-.121	-.001	-.086	-.099	-.295*	-.272*	-.288*	.075
Reflexionsfähigkeit	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	58
Supervisorenbogen	r	-.057	-.122	-.027	-.155	.096	.109	-.093	-.034	.032	-.112	.019	.063
Leistungsorientierung	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	58

soz-Umfeld  
red. Belastung  
soz-Umfeld



Therapeuten	Patientendaten																
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Therapeut	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	BSI	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
	Therapeut	Therapiebeginn															
Supervisorenbogen	r	.228	-.143	-0.063	0.015	0.03/ .133/ -.441*/ .357	.229	.058	.293*	.230	.360**	.102	.116				
Therap. Beziehung	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	55	57			
Supervisorenbogen	r	.269	-.017	-0.054	-0.037	-0.045/ .057/ -.249/ -.257	.276*	.263	.248	.171	.175	.257	.224				
Flexibilität Bedürfnis	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57				
Supervisorenbogen	r	.231	.015	-0.062	-0.107	-0.027/ -.034/ .082/ .066	.228	.124	.236	.206	.303*	.188	.019				
Umgang m. schw. Pat.	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57				
Supervisorenbogen	r	.079	.169*	0.028	-0.085	-0.082/ .292/ -.252/ -.027	-.009	-.128	.161	.040	.096	-.067	-.266*				
Fallkonzeption	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57				
Supervisorenbogen	r	.038	-.038	-0.145	-0.062	-0.071/ .112/ -.05/ -.022	.190	.053	.251	.122	.281*	.156	.049				
Flex.Behandlungsplan	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57				

Therapeuten	Patientendaten													
	BSI		BSI		IIP64		IIP64		IIP64		IIP64		IIP64	
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post expl._pos_Veränd	BVB2000 red. Belastung	VLB soz-Umfeld
Supervisorenbogen	r	-.004	.188	.237	-.065	.249	.314*	.310*	.160	.086	.187	.107	-.081	.267*
Therap. Beziehung	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	.349**
Supervisorenbogen	r	.130	.225	.135	.029	.129	.111	.054	.070	-.012	.037	.321*	-.097	.190
Flexibilität Bedürfnis	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	.392**
Supervisorenbogen	r	.042	.232	.161	-.085	.179	.167	.189	.123	-.031	.045	.200	-.087	.301*
Umgang m. schw. Pat.	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	.036
Supervisorenbogen	r	-.103	-.025	.048	-.191	-.096	.031	-.108	.081	-.175	-.093	.138	.064	-.034
Fallkonzeption	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	-.123
Supervisorenbogen	r	.001	.087	.197	-.081	-.005	.116	.030	.080	-.004	.060	.201	-.104	.237
Flex.Behandlungsplan	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	.396**

Therapeutendaten	Patientendaten														
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI	BSI	Aggressivität
	Therapeut														
Supervisorenbogen	r	.082	.140	-0.003	-0.148	-0.065/ .237/ -.377/ -.453	.206	.035	.134	.233	.228	.182	.117		
Offenheit für Kritik	N	43	150	92	91	91/42/23/10	54	54	54	54	54	54	56		
Supervisorenbogen	r	.266	.074	0.013	-0.137	-0.11/ .029/ -.242/ -.025	.193	.073	.213	.102	.245	.166	-.027		
Methodengeschick	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57		
Supervisorenbogen	r	.130	.122	0.006	-0.119	-0.154/ .219/ .061/ -.531	.005	.013	.082	.007	-.051	-.003	-.123		
Vor- & Nachbereitung	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57		
Supervisorenbogen	r	.166	.059	-0.03	-0.021	-0.043/ .145/ -.366/ -.351	.133	.004	.175	.123	.178	.069	-.010		
Einschätzung gesamt	N	44	151	93	92	91/42/23/10	55	55	55	55	55	55	57		
TSTB	r	.160	-.019	-0.112	0.028	0.115/ -.089/ -.057/ .54	.161	.111	.117	.133	.173	.069	.050		
Ressourcenaktivierung	N	104	213	206	208	121/51/26/13	128	128	128	128	128	128	130		

Therapeutendaten	Patientendaten																										
	BSI	BSI	BSI	Fremdheit	IIP64	autokratisch	IIP64	expressiv	IIP64	fürsorglich	IIP64	ausnutzbar	IIP64	selbstunsicher	IIP64	introvertiert	IIP64	abwesend	IIP64	streitsüchtig	GAS	post	BVB2000	expl_pos_Veränd	red. Belastung	soz-Umfeld	VLB
	phob. Angst.	para. Denkes.																									
Supervisorenbogen	r	-.037	.269*	.291*	-.094	.044	-.005	-.008	-.022	-.140	-.325*	-.184	.109	.018	-.055	.208											
Offenheit für Kritik	N	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	51	57	57	57											
Supervisorenbogen	r	.005	.207	.260	-.105	.262	.203	.270*	.156	.110	-.107	-.052	.184	.002	-.050	.266*											
Methodengeschick	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	58	58											
Supervisorenbogen	r	-.064	.090	-.055	.000	.187	.118	-.009	-.128	-.138	-.310*	-.106	.091	.179	-.119	.106											
Vor- & Nachbereitung	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	58	58											
Supervisorenbogen	r	-.069	.193	.189	-.051	.126	.158	.082	-.015	.007	-.140	.044	.220	-.052	-.081	.191											
Einschätzung gesamt	N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	52	58	58	58											
TSTB	r	.107	.037	.120	.051	.091	.165	.153	.092	.133	.084	.074	.082	-.101	.056	.083											
Ressourcenaktivierung	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	129	116	128	128	126											

Therapeutendaten	Patientendaten														
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	Unsicherheit	Depressivität	Ängstlichkeit	BSI	BSI	Aggressivität
	Therapeut	Therapiebeginn	Sitzungen												
TSTB	r	.275**	-.061	-0.054	.289**	0.002/-.036/ .042/ .137	.084	.054	.074	-.014	.040	.083	.039		
Therapiebeziehung	N	104	212	205	207	120/51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130		
TSTB	r	.215*	-.054	0.04	.236**	0.063/ -.127/ .046/ .245	.062	.065	.066	-.006	.026	.053	.027		
Offenheit	N	104	212	205	207	120/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130		
TSTB	r	.282**	-.065	-0.037	.229**	-0.02/ .079/ -.228/ -.363	.116	.058	.141	.032	.113	.102	.035		
Anstrengung	N	104	211	204	206	119/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130		
TSTB	r	.004	.041	0.079	.280**	-0.038/ .099/ -.034/ -.204	-.022	-.006	-.002	-.034	-.003	-.024	-.109		
Probl.-aktualisierung	N	104	212	205	207	120/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130		
TSTB	r	.074	.023	-0.054	.175*	0.107/ .004/ -.064/ .119	.116	.162	.054	.096	.078	.102	-.004		
Probl.-bewältigung	N	104	211	204	206	119/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130		

Therapeutendaten	Patientendaten															
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	VLB
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl. pos. Veränd	red. Belastung	soz.-Umfeld	
TSTB	r	.100	.074	.006	.137	.226**	.229**	.199*	.205*	.192*	.116	.026	.264**	-.189*	.101	.295**
Therapiebeziehung	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	129	116	128	128	126
TSTB	r	.111	.042	-.028	.105	.216*	.158	.109	.113	.146	.091	-.017	.249**	-.232**	.154	.261**
Offenheit	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	129	116	128	128	126
TSTB	r	.123	.094	.029	.143	.290**	.167	.121	.209*	.209*	.139	.017	.225*	-.160	.191*	.241**
Anstrengung	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	129	116	128	128	126
TSTB	r	-.010	.027	-.137	.096	-.028	-.045	.048	-.006	.017	.056	.014	-.053	.040	.072	-.058
Probl.-aktualisierung	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	129	116	128	128	126
TSTB	r	.153	.036	-.033	.104	.050	.054	.059	.051	.095	.080	-.030	-.062	-.056	.009	.035
Probl.-bewältigung	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	129	116	128	128	126

Therapeutendaten	Patientendaten															
	Therapieerfolg (Index)	SDS-CM	Pat.-alter	Anzahl Sitzungen	Haupt- & Nebendiagnosen	BSI	Belastung	Somatisierung	Zwanghaftigkeit	BSI	Unsicherheit	Depressivität	BSI	Ängstlichkeit	BSI	Aggressivität
	Therapeut	Therapiebeginn														
TSTB	r	.094	.044	-0.047	.152*	0.144/ .117/ -.055/ -.106	.108	.165	.078	.115	.113	.081	.037			
positive Klärung	N	104	211	204	206	119/ 51/ 26/ 133	128	128	128	128	128	128	130			130
TSTB	r	.247*	-.053	-0.044	.226**	-0.027/ .143/ -.027/ -.001	.111	.011	.077	.021	.135	.088	-.005			
Therapiefortschritt	N	104	212	205	207	120/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130			130
TSTB	r	.184	.129	0.033	.149*	-0.028/ -.106/ .01/ -.133	.145	.090	.163	.227**	.130	.022	.068			
interakt. Perspektive	N	104	212	205	207	120/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130			130
TSTB	r	.094	.131	0.039	-0.133	-0.053/ -.059/ .091/ .08	.183*	.143	.130	.156	.211*	.159	.130			
interakt. schwierig	N	104	212	205	207	120/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130			130
TSTB_Realitätsbezug	r	.109	.103	-0.003	0.001	-0.118/ -.123/ -.008/ -.08	-.008	-.039	-.020	.049	.023	.005	-.092			
	N	104	212	205	207	120/ 51/ 26/ 13	128	128	128	128	128	128	130			130

Therapeutendaten	Patientendaten															
	BSI	BSI	BSI	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	IIP64	GAS	BVB2000	BVB2000
	phob. Angst	para. Denkes	Fremdheit	autokratisch	expressiv	fürsorglich	ausnutzbar	selbstunsicher	introvertiert	abweisend	streitsüchtig	post	expl_pos	Veränd	red. Belastung	
TSTB	r	.038	-.022	-.002	.114	.059	.006	.040	.016	.085	.067	.089	.043		.08	
positive Klärung	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	116	128		12	
TSTB	r	.099	.114	.048	.098	.210*	.136	.160	.187*	.116	.032	.155	-.127		.09	
Therapiefortschritt	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	116	128		12	
TSTB	r	-.006	.122	.102	.057	.004	.016	.022	.144	-.001	-.050	.065	.131		.03	
interakt. Perspektive	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	116	128		12	
TSTB	r	.087	.044	.113	.011	.048	.141	.073	.069	-.032	.033	-.153	.218*		.05	
interakt. schwierig	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	116	128		12	
TSTB_Realitätsbezug	r	-.006	.102	-.127	.146	.026	-.010	.028	.133	.168	.129	-.127	-.116		.04	
	N	128	128	128	129	129	129	129	129	129	129	116	128		12	

\*zweiseitig signifikant auf Niveau 0.05

\*\*zweiseitig signifikant auf Niveau 0.01

- keine Berechnungsrelevanz

## Anhang 6

### ICC Empathie und Kompetenz (Rollenspiel) sowie Interraterkorrelationen

## Anhang 6 a

### ICC Empathizing

[illegible]

## Anhang 6 b

### ICC Kompetenzrating

[illegible]

## Anhang 6 c

### ICC Kompetenzrating

[illegible]

## Anhang 6 d

### Korrelationen:

#### Empathierating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn

	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2
	Sorge_verb.	Sorge_verb.	Sorge_verb.	Sorge_verb.	Sorge_nonv.	Sorge_nonv.	Ausdruck	Ausdruck	Resonanz	Resonanz	Wärme	Wärme
Rater 1 Sorge_verb.	1											
Rater 2 Sorge_verb.	.916**	1										
Rater 1 Sorge_nonv.	.849**	.786**	1									
Rater 2 Sorge_nonv.	.814**	.817**	.941**	1								
Rater 1 Ausdruck	.761**	.779**	.659**	.644**	1							
Rater 2 Ausdruck	.730**	.724**	.608**	.565**	.925**	1						
Rater 1 Resonanz	.802**	.811**	.765**	.779**	.719**	.697**	1					
Rater 2 Resonanz	.783**	.817**	.742**	.793**	.730**	.713**	.952**	1				
Rater 1 Wärme	.670**	.677**	.703**	.746**	.607**	.531**	.803**	.804**	1			
Rater 2 Wärme	.644**	.676**	.651**	.716**	.600**	.562**	.771**	.807**	.896**	1		
Rater 1 Einfühlen	.683**	.644**	.674**	.668**	.671**	.664**	.795**	.774**	.743**	.687**		
Rater 2 Einfühlen	.560**	.595**	.566**	.598**	.614**	.592**	.743**	.747**	.748**	.727**		
Rater 1 Kogn. Verst.	.646**	.648**	.689**	.717**	.606**	.550**	.748**	.751**	.775**	.693**		
Rater 2 Kogn. Verst.	.582**	.618**	.648**	.658**	.567**	.527**	.698**	.701**	.741**	.698**		
Rater 1 Emo. Verst.	.702**	.715**	.648**	.659**	.682**	.642**	.746**	.752**	.799**	.719**		
Rater 2 Emo. Verst.	.575**	.622**	.565**	.586**	.586**	.565**	.671**	.691**	.723**	.679**		
Rater 1 Akzeptanz	.305**	.319**	.305**	.334**	.316**	.288**	.374**	.384**	.443**	.347**		
Rater 2 Akzeptanz	.219**	.224**	.244**	.248**	.327**	.319**	.296**	.305**	.354**	.286**		
Rater 1 Einstellen	.542**	.524**	.599**	.580**	.674**	.672**	.685**	.658**	.732**	.714**		
Rater 2 Einstellen	.478**	.480**	.585**	.571**	.639**	.658**	.621**	.630**	.669**	.696**		

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 (2-seitig) signifikant.

## Anhang 6 e

### Korrelationen:

#### Empathizing im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn

	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2	Rater 1	Rater 2
Einfühlen	Einfühlen	Einfühlen	Kogn. Verst.	Kogn. Verst.	Emo. Verst.	Emo. Verst.	Akzeptanz	Akzeptanz	Einstellen	Einstellen	Einstellen	Einstellen
Rater 1 Sorge_verb.												
Rater 2 Sorge_verb.												
Rater 1 Sorge_nonv.												
Rater 2 Sorge_nonv.												
Rater 1 Ausdruck												
Rater 2 Ausdruck												
Rater 1 Resonanz												
Rater 2 Resonanz												
Rater 1 Wärme												
Rater 2 Wärme												
Rater 1 Einfühlen	1											
Rater 2 Einfühlen	.908**	1										
Rater 1 Kogn. Verst.	.762**	.754**	1									
Rater 2 Kogn. Verst.	.728**	.814**	.933**	1								
Rater 1 Emo. Verst.	.841**	.830**	.867**	.843**	1							
Rater 2 Emo. Verst.	.753**	.835**	.833**	.901**	.931**	1						
Rater 1 Akzeptanz	.430**	.495**	.529**	.543**	.452**	.496**	1					
Rater 2 Akzeptanz	.467**	.538**	.485**	.510**	.441**	.495**	.902**	1				
Rater 1 Einstellen	.812**	.788**	.759**	.756**	.758**	.713**	.545**	.606**	1			
Rater 2 Einstellen	.764**	.799**	.740**	.786**	.720	.744**	.523**	.602**	.946**	1		

\*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau 0.01 (2-seitig) signifikant.

**Anhang 6 f***Korrelationen:**Kompetenzrating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn*

	Rater 1 Einführung	Rater 2 Einführung	Rater 1 Kontaktfreude	Rater 2 Kontaktfreude	Rater 1 Exploration	Rater 2 Exploration
Rater 1 Einführung	1					
Rater 2 Einführung	.985**	1				
Rater 1 Kontaktfreude	.472**	.441**	1			
Rater 2 Kontaktfreude	.490**	.471**	.942**	1		
Rater 1 Exploration	.392**	.368**	.608**	.626**	1	
Rater 2 Exploration	.344**	.330**	.542**	.588**	.957**	1
Rater 1 Struktur	.310**	.287**	.654**	.659**	.622**	.616**
Rater 2 Struktur	.298**	.278**	.682**	.678**	.571**	.561**
Rater 1 Analyse	.374**	.379**	.653**	.647**	.626**	.602**
Rater 2 Analyse	.375**	.380**	.651**	.648**	.595**	.578**
Rater 1 therap. Bez.	.356**	.318**	.582**	.677**	.525**	.519**
Rater 2 therap. Bez.	.360**	.340**	.535**	.626**	.460**	.488**
Rater 1 Ressourcen	.089	.102	.081	.119*	.144**	.200**
Rater 2 Ressourcen	.120*	.120*	.061	.079	.116*	.163**
Rater 1 Grenzen	.326**	.346**	.365**	.399**	.252**	.258**
Rater 2 Grenzen	.373**	.387**	.331**	.379**	.264**	.268**
Rater 1 pos. Persp.	.166**	.151**	.285**	.308**	.283**	.300**
Rater 2 pos. Persp.	.131*	.108	.278**	.286**	.282**	.291**
Rater 1 Problemumg.	.247**	.236**	.445**	.429**	.369**	.356**
Rater 2 Problemumg.	.297**	.274**	.436**	.432**	.378**	.365**
Rater 1 emo. stabil	.214**	.179**	.675**	.672**	.534**	.542**
Rater 2 emo. stabil	.259**	.234**	.602**	.642**	.479**	.516**
Rater 1 Kommunikation	.345**	.336**	.618**	.618**	.497**	.475**
Rater 2 Kommunikation	.279**	.261**	.623**	.599**	.464**	.412**
Rater 1 Transparenz	.294**	.281**	.421**	.429**	.233**	.187**
Rater 2 Transparenz	.322**	.300**	.457**	.454**	.230**	.176**
Rater 1 Handlungsflex.	.361**	.324**	.591**	.589**	.464**	.422**
Rater 2 Handlungsflex.	.339**	.316**	.556**	.562**	.467**	.424**
Rater 1 Umgang Sachverhalte	.292**	.255**	.399**	.409**	.357**	.349**
Rater 2 Umgang Sachverhalte	.295**	.266**	.406**	.408**	.306**	.293**
Rater 1 Rückmeldung	.208**	.208**	.348**	.309**	.004	0.004
Rater 2 Rückmeldung	.212**	.207**	.313**	.294**	-.045	-0.038
Rater 1 Th.-rolle	.275**	.238**	.663**	.646**	.518**	.523**
Rater 2 Th.-rolle	.262**	.244**	.672**	.653**	.516**	.531**
Rater 1 Engagement	.476**	.441**	.832**	.858**	.637**	.584**
Rater 2 Engagement	.437**	.418**	.778**	.825**	.567**	.531**
Rater 1 Gesamt	.517**	.495**	.809**	.807**	.599**	.538**
Rater 2 Gesamt	.455**	.432**	.815**	.828**	.630**	.611**



**Anhang 6 g***Korrelationen:**Kompetenzrating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn*

	Rater 1 Struktur	Rater 2 Struktur	Rater 1 Analyse	Rater 2 Analyse	Rater 1 therap. Bez.	Rater 2 therap. Bez.	Rater 1 Ressourcen	Rater 2 Ressourcen
Rater 1 Struktur	1							
Rater 2 Struktur	.917**	1						
Rater 1 Analyse	.737**	.797**	1					
Rater 2 Analyse	.698**	.749**	.960**	1				
Rater 1 therap. Bez.	.591**	.616**	.609**	.594**	1			
Rater 2 therap. Bez.	.577**	.597**	.550**	.563**	.931**	1		
Rater 1 Ressourcen	.049	.055	.144**	.149**	.239**	.201**	1	
Rater 2 Ressourcen	.041	.01	.101	.124*	.195**	.150**	.935**	1
Rater 1 Grenzen	.319**	.347**	.449**	.488**	.350**	.387**	.089	.092
Rater 2 Grenzen	.296**	.311**	.425**	.478**	.349**	.377**	.102	.110*
Rater 1 pos. Persp.	.202**	.144**	.185**	.197**	.426**	.445**	.310**	.345**
Rater 2 pos. Persp.	.204**	.146**	.224**	.231**	.423**	.448**	.271**	.294**
Rater 1 Problemumg.	.414**	.485**	.380**	.436**	.385**	.400**	.201**	.152**
Rater 2 Problemumg.	.386**	.457**	.365**	.423**	.363**	.373**	.202**	.199**
Rater 1 emo. stabil	.686**	.732**	.685**	.699**	.658**	.611**	.211**	.176**
Rater 2 emo. stabil	.657**	.728**	.572**	.584**	.561**	.542**	.143**	.114*
Rater 1 Kommunikation	.565**	.603**	.638**	.592**	.658**	.630**	.487**	.443**
Rater 2 Kommunikation	.490**	.542**	.642**	.620**	.638**	.590**	.485**	.432**
Rater 1 Transparenz	.379**	.448**	.393**	.344**	.487**	.433**	.104	.049
Rater 2 Transparenz	.370**	.424**	.367**	.313**	.414**	.351**	.067	.023
Rater 1 Handlungsflex.	.454**	.489**	.349**	.340**	.380**	.333**	.217**	.170**
Rater 2 Handlungsflex.	.445**	.481**	.349**	.342**	.339**	.277**	.203**	.141*
Rater 1 Umgang Sachverhalte	.308**	.342**	.244**	.316**	.297**	.297**	.104	.077
Rater 2 Umgang Sachverhalte	.245**	.269**	.200**	.277**	.226**	.238**	.139*	.097
Rater 1 Rückmeldung	.189**	.261**	.221**	.126*	.254**	.218**	.166**	.132*
Rater 2 Rückmeldung	.162**	.239**	.217**	.163**	.263**	.221**	.110*	.079
Rater 1 Th.-rolle	.584**	.660**	.663**	.626**	.590**	.467**	.291**	.266**
Rater 2 Th.-rolle	.592**	.661**	.599**	.569**	.540**	.452**	.284**	.240**
Rater 1 Engagement	.635**	.674**	.668**	.650**	.694**	.612**	.167**	.113*
Rater 2 Engagement	.578**	.653**	.603**	.627**	.624**	.568**	.136*	.091
Rater 1 Gesamt	.723**	.773**	.758**	.728**	.646**	.577**	.208**	.169**
Rater 2 Gesamt	.764**	.812**	.758**	.760**	.635**	.586**	.230**	.178**

**Anhang 6 h***Korrelationen:**Kompetenzrating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn*

	Rater 1 Grenzen	Rater 2 Grenzen	Rater 1 pos. Persp.	Rater 2 pos. Persp.	Rater 1 Problemung.	Rater 2 Problemung.
Rater 1 Grenzen	1					
Rater 2 Grenzen	.961**	1				
Rater 1 pos. Persp.	.309**	.257**	1			
Rater 2 pos. Persp.	.319**	.262**	.973**	1		
Rater 1 Problemung.	.591**	.610**	.250**	.258**	1	
Rater 2 Problemung.	.647**	.674**	.273**	.274**	.948**	1
Rater 1 emo. stabil	.457**	.422**	.216**	.230**	.568**	.554**
Rater 2 emo. stabil	.421**	.401**	.047	.027	.542**	.533**
Rater 1 Kommunikation	.423**	.366**	.363**	.382**	.432**	.439**
Rater 2 Kommunikation	.353**	.309**	.361**	.395**	.417**	.415**
Rater 1 Transparenz	.312**	.310**	-.029	-.030	.234**	.244**
Rater 2 Transparenz	.295**	.291**	-.074	-.070	.183**	.211**
Rater 1 Handlungsflex.	.297**	.291**	.098	.105	.637**	.630**
Rater 2 Handlungsflex.	.273**	.262**	.023	.011	.620**	.587**
Rater 1 Umgang Sachverhalte	.452**	.482**	.212**	.231**	.744**	.773**
Rater 2 Umgang Sachverhalte	.406**	.426**	.225**	.242**	.693**	.703**
Rater 1 Rückmeldung	.400**	.331**	.085	.078	.276**	.286**
Rater 2 Rückmeldung	.485**	.459**	.070	.086	.397**	.411**
Rater 1 Th.-rolle	.422**	.427**	.198**	.194**	.539**	.529**
Rater 2 Th.-rolle	.419**	.401**	.155**	.140*	.523**	.506**
Rater 1 Engagement	.278**	.280**	.236**	.228**	.416**	.406**
Rater 2 Engagement	.387**	.409**	.126*	.097	.541**	.534**
Rater 1 Gesamt	.527**	.518**	.225**	.231**	.644**	.640**
Rater 2 Gesamt	.509**	.500**	.239**	.241**	.662**	.655**

**Anhang 6 i***Korrelationen:**Kompetenzrating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn*

	Rater 1 emo. stabil	Rater 2 emo. stabil	Rater 1 Kommunikation	Rater 2 Kommunikation	Rater 1 Transparenz	Rater 2 Transparenz
Rater 1 emo. stabil	1					
Rater 2 emo. stabil	.871**	1				
Rater 1 Kommunikation	.709**	.636**	1			
Rater 2 Kommunikation	.669**	.547**	.932**	1		
Rater 1 Transparenz	.376**	.368**	.401**	.374**	1	
Rater 2 Transparenz	.353**	.366**	.402**	.366**	.971**	1
Rater 1 Handlungsflex.	.592**	.630**	.566**	.510**	.403**	.426**
Rater 2 Handlungsflex.	.567**	.620**	.532**	.473**	.345**	.362**
Rater 1 Umgang Sachverhalte	.404**	.484**	.306**	.268**	.245**	.258**
Rater 2 Umgang Sachverhalte	.313**	.420**	.275**	.265**	.281**	.312**
Rater 1 Rückmeldung	.307**	.349**	.448**	.368**	.336**	.405**
Rater 2 Rückmeldung	.316**	.353**	.363**	.304**	.352**	.408**
Rater 1 Th.-rolle	.721**	.717**	.665**	.668**	.458**	.451**
Rater 2 Th.-rolle	.723**	.785**	.691**	.694**	.446**	.460**
Rater 1 Engagement	.681**	.657**	.650**	.639**	.409**	.413**
Rater 2 Engagement	.661**	.751**	.583**	.592**	.454**	.474**
Rater 1 Gesamt	.781**	.721**	.751**	.725**	.531**	.548**
Rater 2 Gesamt	.808**	.790**	.717**	.708**	.491**	.509**

**Anhang 6 j***Korrelationen:**Kompetenzrating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn*

	Rater 1 Handlungsflex.	Rater 2 Handlungsflex.	Rater 1 Umgang Sachverhalte	Rater 2 Umgang Sachverhalte	Rater 1 Rückmeldung	Rater 2 Rückmeldung
Rater 1 Handlungsflex.	1					
Rater 2 Handlungsflex.	.958**	1				
Rater 1 Umgang Sachverhalte	.699**	.665**	1			
Rater 2 Umgang Sachverhalte	.651**	.622**	.941**	1		
Rater 1 Rückmeldung	.283**	.244**	.198**	.227**	1	
Rater 2 Rückmeldung	.310**	.256**	.343**	.367**	.934**	1
Rater 1 Th.-rolle	.551**	.536**	.473**	.442**	.421**	.455**
Rater 2 Th.-rolle	.563**	.568**	.456**	.454**	.472**	.485**
Rater 1 Engagement	.611**	.566**	.360**	.340**	.289**	.273**
Rater 2 Engagement	.610**	.589**	.468**	.482**	.386**	.417**
Rater 1 Gesamt	.698**	.664**	.546**	.511**	.474**	.485**
Rater 2 Gesamt	.699**	.682**	.587**	.576**	.392**	.421**

**Anhang 6 k***Korrelationen:**Kompetenzrating im Rollenspiel prä Weiterbildungsbeginn*

	Rater 1 Th.-rolle	Rater 2 Th.-rolle	Rater 1 Engagement	Rater 2 Engagement	Rater 1 Gesamt	Rater 2 Gesamt
Rater 1 Th.-rolle	1					
Rater 2 Th.-rolle	.889**	1				
Rater 1 Engagement	.706**	.657**	1			
Rater 2 Engagement	.706**	.753**	.861**	1		
Rater 1 Gesamt	.790**	.748**	.819**	.791**	1	
Rater 2 Gesamt	.776**	.822**	.779**	.829**	.926**	1

## Anhang 7

## Korrelationen ThStB und PStB mit Therapeutenvariablen

	PStB_ Kontrolle	PStB_ Selbstwert	PStB_ aufgehoben sein	PStB_pos. therap. Bez.	PStB_ Proble- makt.	PStB_ Problem- bew.	PStB_pos. Klärung	PStB_ Therapie- fortschritt	PStB_ Therapie- bez.	PStB_ Bindung
Rollenspiel_ ThStB_pos. therap.Bez	r N	-.105 204	-.125 204	-.126 204	-.088 204	-.097 204	-.113 204	-.092 204	-.114 204	-.180** 204
Kognitive Komplexität	r N	-.036 183	-.062 183	-.036 183	-.029 183	-.003 183	-.157* 183	-.135 183	-.053 183	.034 183
Soziale Wahrnehmung	r N	.081 143	.175* 143	.141 143	.131 143	.154 143	.202* 143	.225** 143	.180* 143	.225** 143
PSSI_SU	r N	.024 208	.067 208	.078 208	.006 208	.079 208	.049 208	.065 208	.084 208	.141* 208
PSSI_ST	r N	-.124 208	-.169* 208	-.146* 208	.005 208	-.173* 208	-.167* 208	-.126 208	-.140* 208	-.160* 208
PSSI_NA	r N	.064 208	.067 208	.066 208	.138* 208	-.023 208	-.039 208	.008 208	.051 208	.074 208
PSSI_HI	r N	-.036 208	-.122 208	-.038 208	-.025 208	-.189** 208	-.184** 208	-.143* 208	-.050 208	-.088 208
PSSI_SL	r N	-.117 208	-.172* 208	-.120 208	-.114 208	-.097 208	-.139* 208	-.141* 208	-.124 208	-.134 208
U-Bogen_ Fehlschlag	r N	.034 208	.087 208	.069 208	-.023 208	.179** 208	.135 208	.112 208	.087 208	.067 208
U- Bogen_Nein sagen	r N	.069 208	.145* 208	.130 208	-.024 208	.149* 208	.124 208	.098 208	.141* 208	.157* 208





	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstrengung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ pos. Klärung	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug
Rollenspiel_PStB_ pos. therap. Bez.	r N .101 210	.033 209 -.046	.033 209 -.072	.056 208 -.087	.177* 209 .125	.094 208 -.093	.032 208 .037	.066 209 .019	.099 209 -.059	.084 209 .169*	.049 209 -.004
Rollenspiel_PStB_ Selbstwert stärken	r N .068 210	-.046 209 -.154*	-.072 209 -.121	-.087 208 -.182**	.125 209 -.007	-.093 208 -.106	.037 208 -.078	.019 209 -.126	-.059 209 -.068	.169* 209 .132	-.004 209 -.057
Rollenspiel_ThStB_ pos. therap. Bez.	r N -.057 210	-.154* 209 -.074	-.121 209 -.130	-.182** 208 -.068	-.007 209 .083	-.106 208 -.011	-.078 208 .109	-.126 209 .084	-.068 209 .057	.132 209 .147*	-.057 209 -.071
Rollenspiel_ThStB_ einander verstehen	r N .036 210	-.074 209 .035	-.130 209 -.095	-.068 208 -.050	.083 209 .102	-.011 208 .003	.109 208 .082	.084 209 .088	.057 209 .153*	.147* 209 .197**	-.071 209 -.022
Rollenspiel_ThStB_ Ressourcen	r N .109 210	.035 209 .028	-.095 209 -.131	-.050 208 -.025	.102 209 .115	.003 208 .006	.082 208 .106	.088 209 .114	.153* 209 .054	.197** 209 .243**	-.022 209 -.077
Rollenspiel_ThStB_ Stärken fördern	r N .147* 210	.028 209 .028	-.131 209 -.114	-.025 208 -.082	.115 209 -.236**	.006 208 -.191**	.106 208 -.246**	.114 209 -.198**	.054 209 -.140	.243** 209 .014	-.077 209 -.135
Kognitive Komplexität	r N -.091 190	-.154* 189 .204*	-.114 189 .205*	-.082 188 .234**	-.236** 189 .365**	-.191** 188 .180*	-.246** 188 .213*	-.198** 189 .300**	-.140 189 .111	.014 189 .159	-.135 189 .163
Soziale Wahrnehmung	r N .224** 145	.204* 144 .032	.205* 144 .011	.234** 143 .081	.365** 144 .123	.180* 143 .088	.213* 143 .036	.300** 144 .089	.111 144 .098	.159 144 .136	.163 144 .149*
Rollenspiel_ Empathie	r N .066 195	.032 194 .017	.011 194 -.036	.081 193 .091	.123 194 .121	.088 193 .161*	.036 193 .038	.089 194 .098	.098 194 .149*	.136 194 .122	.149* 194 .143*
Rollenspiel_ Kompetenz	r N .084 195	.017 194 .017	-.036 194 .017	.091 193 .193	.121 194 .194	.161* 193 .193	.038 193 .193	.098 194 .194	.149* 194 .194	.122 194 .194	.143* 194 .194



	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ Klärung pos.	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug	
PSSI_PN	r	.124	.014	.041	-.060	.172*	.112	.243**	.085	.132	.041	.130
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
PSSI_SZ	r	-.039	.097	.084	.004	.046	.030	-.041	.011	.046	-.149*	.120
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
PSSI_SU	r	-.056	.052	.119	.048	-.072	-.037	-.019	-.019	.014	-.248**	.002
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
PSSI_ZW	r	-.079	-.152*	-.086	-.080	.008	.042	.012	-.057	.061	.050	-.003
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
PSSI_NA	r	.077	.040	-.030	.110	-.069	.011	.021	.144*	-.018	.077	-.063
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
PSSI_AB	r	-.051	-.025	.009	.074	-.085	-.022	-.021	.045	.027	-.144*	.158*
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
PSSI_BL	r	-.150*	-.084	-.011	-.049	-.047	-.083	-.050	-.079	-.069	-.117	.061
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
NEO_	r	-.038	-.031	-.008	.018	.123	.050	.207**	.068	.088	-.078	.148*
Neurotizismus	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
NEO_	r	.112	-.042	-.059	.052	.024	.111	.174*	.054	-.024	.121	-.058
Extraversion	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
NEO_	r	.202**	.131	.078	.094	-.031	.132	.080	.116	.092	-.089	.066
Verträglichkeit	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212

	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ pos. Klärung	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ _inter akt.	ThStB_ Realitäts- bezug
	r									schw.	
U-Bogen_	r	-.059	.075	.145*	.088	-.048	.083	.022	.019	-.277**	.026
Fehlschlag	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
U-Bogen_	r	-.055	.099	.145*	.063	-.132	-.029	-.040	.016	-.245**	-.038
Kontaktangst	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
U-Bogen_	r	-.114	.064	.044	.005	-.113	-.084	-.080	-.009	-.152*	-.050
Fordern	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
U-Bogen_ nein	r	.035	.242**	.202**	.198**	.040	.154*	.027	.151*	-.249**	.108
sagen	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
U-Bogen_	r	.176**	.134	.117	.056	.050	.214**	.257**	.143*	-.159*	.091
Schuldgefühle	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
U-Bogen_	r	.023	.116	.161*	.102	.022	.022	-.027	.093	-.302**	.121
Normabh.	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
PID_	r	-.016	-.108	-.104	-.066	.076	.007	.180**	.012	.205**	-.036
Deliberations- präferenz	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
IMA_unlös.	r	.204**	.071	.017	.056	.116	.180**	.194**	.125	.122	.049
Prob.	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
IMA_so.	r	-.008	-.082	-.054	.001	-.003	.073	-.010	-.044	-.139*	-.003
Konflikte	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212
IMA_	r	.042	-.126	-.106	-.141*	.003	-.067	-.033	-.115	-.006	-.018
Offenheit	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212

	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ pos. Klärung	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug
RES_	r	-.200**	.020	-.043	-.179**	-.260**	-.136*	-.017	-.048	-.074	-.126
Wohlbefinden	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Selbstwert- erleben	r	-.131	.052	-.076	-.097	-.179**	-.188**	-.116	-.063	-.273**	-.047
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Stärken	r	-.065	.000	-.026	.098	.052	.004	-.082	.068	-.258**	.101
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Sinnfindung	r	-.154*	.020	.001	-.063	-.252**	-.138*	-.059	-.062	-.102	-.024
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_nahe Bez.	r	.018	.114	.026	.016	-.046	-.022	.002	-.072	-.186**	.044
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Stressbew.	r	-.145*	-.037	-.129	-.034	-.117	-.173*	-.088	-.146*	-.149*	-.001
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Bew.	r	-.015	.098	-.043	-.141*	-.049	-.125	-.041	-.045	-.172*	-.171*
früherer Krisen	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Leistungs- erleben	r	-.099	.057	-.081	-.089	-.162*	-.218**	-.114	-.072	-.271**	-.018
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_Selbst- fürsorge	r	-.277**	-.014	-.086	-.237**	-.303**	-.215**	-.087	-.128	-.116	-.155*
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
RES_akt.	r	.024	.111	.036	.017	-.069	-.035	.029	-.057	-.182**	.054
Bindung	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212

	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ Klärung pos.	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug
RES_	r	-058	-108	-081	-148*	.109	-.028	-.065	-.127	-.095	.033
emo.coping	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	-.053	-.021	.094	-.016	.017	.040	-.022	-.022	-.138*	.059
autokratisch	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	.082	.019	.107	.122	.065	.180**	.048	.079	-.127	.132
fürsorglich	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	-.045	.071	.188**	.137*	-.121	.016	.024	-.050	-.235**	.012
ausnutzbar	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	.016	.146*	.214**	.151*	.016	.054	.118	.071	-.264**	.120
selbstunsicher	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	-.070	.117	.219**	.109	-.102	-.011	.034	-.040	-.275**	.086
introvertiert	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	-.165*	-.056	-.002	-.023	-.052	-.083	-.045	-.120	-.107	-.025
abweisend	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
IIP64_	r	-.145*	-.048	.040	.021	-.089	-.026	-.039	-.065	-.097	.028
streitsüchtig	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
FAMOS_	r	.131	.080	.069	.200**	.088	.145*	.139*	.082	.011	.072
Bindung	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212
FAMOS_	r	-.169*	-.100	-.129	-.015	-.082	-.235**	-.138*	-.057	.030	-.023
Geselligkeit	N	213	212	212	211	212	211	212	212	212	212



	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ pos. Klärung	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug
FAMOS_	r	.057	.062	-.048	-.131	-.091	.014	.033	-.044	-.175*	-.049
Vorwürfe	N	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
FAMOS_	r	.060	.037	.050	-.002	.162*	.147*	.080	.092	-.065	.105
Spannungen m. anderen	N	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
FAMOS_ s.	r	.045	.025	.026	-.008	.154*	.163*	.065	.067	-.174*	.111
verletzbar m.	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
FAMOS_	r	-.050	-.134	-.041	-.151*	-.141*	-.105	-.083	-.189**	-.010	-.268**
Versagen	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
FAMOS_	r	.092	-.001	.034	-.088	.050	.053	.092	-.009	-.135*	.049
Vermeidungsziele	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_ Bindung	r	-.123	.024	-.021	-.155*	-.216**	-.154*	-.076	-.111	-.175*	.106
INK_	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
Geselligkeit	r	.142*	.121	.180**	.078	.111	.049	.198**	.035	.015	.017
INK_ anderen	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
helfen	r	-.281**	-.141*	-.184**	-.054	-.263**	-.046	-.127	.097	.026	.049
INK_	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
Anerkennung	r	.079	-.058	-.030	.079	.010	.083	-.016	.050	-.075	.143*
INK_ Leistung	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212
	r	-.191**	-.068	-.102	-.046	-.169*	-.190**	-.176*	-.021	-.224**	.099
	N	213	212	211	212	211	211	212	212	212	212

		ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ roblem- bew.	ThStB_ pos. Klärung	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug
INK_Kontrolle	r	-.131	-.120	-.067	-.070	.079	-.019	-.012	-.084	.062	-.044	.254**
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Bildung	r	-.034	-.060	.031	.047	-.008	-.069	-.141*	-.045	-.031	-.047	-.116
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Glauben	r	-.214**	-.164*	.050	-.143*	.012	-.180**	-.030	-.192**	.052	-.062	.032
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Selbstvertrauen	r	-.116	-.039	.053	-.037	-.159*	-.192**	-.044	-.043	.028	-.155*	.090
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Selbstbelohnung	r	-.215**	-.146*	-.108	-.077	-.100	-.220**	-.029	-.069	-.133	-.015	-.088
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Alleinsein	r	-.084	-.060	-.009	-.026	-.113	-.138*	-.006	-.046	-.105	-.060	.056
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Geringschätzung	r	.040	.003	.009	.064	.070	.142*	.082	.036	.078	-.200**	.103
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Erniedrigung	r	.029	.131	.077	.105	.017	.095	.061	.094	.032	-.186**	.131
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Vorwürfe	r	-.044	.022	.065	.094	.052	.098	.100	.030	.037	-.218**	.156*
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212
INK_Abhängigkeit	r	.070	.061	.058	.091	.057	.134	.083	.059	.069	-.138*	.110
	N	213	212	212	211	212	211	211	212	212	212	212

	ThStB_ Ressourcen- aktivierung	ThStB_ Therap. Bez.	ThStB_ Offenheit	ThStB_ Anstren- gung	ThStB_ Problem- akt.	ThStB_ Problem- bew.	ThStB_ Klärung pos.	ThStB_ Therapie- fortschritt	ThStB_ interakt. Persp.	ThStB_ interakt. schw.	ThStB_ Realitäts- bezug
INK_Spannungen m. anderen	r .011 N 213	.029 212	.117 212	.116 211	.073 212	.052 211	.092 211	.072 212	.007 212	-.140* 212	.229** 212
INK_s. verletztbar m.	r -.028 N 213	-.029 212	.028 212	.030 211	.003 212	-.028 211	.100 211	.036 212	.008 212	-.052 212	.136* 212
INK_Hilflosigkeit	r .049 N 213	.025 212	.019 212	.095 211	.079 212	.102 211	.128 211	.121 212	.126 212	-.026 212	.247** 212
INK_Versagen	r -.054 N 213	.052 212	.079 212	.073 211	-.159* 212	-.036 211	-.135 211	-.034 212	-.024 212	-.225** 212	-.032 212
INK_Inkongruenz	r -.136* N 213	-.071 212	.072 212	-.038 211	-.046 212	-.185** 211	-.067 211	-.090 212	.018 212	-.101 212	.101 212
Annäherungsziele	r -.052 N 213	.052 212	.076 212	.077 211	-.160* 212	-.032 211	-.137* 211	-.035 212	-.030 212	-.226** 212	-.036 212
Vermeidungsziele	r -.055 N 213	.051 212	.078 212	.073 211	-.161* 212	-.035 211	-.136* 211	-.036 212	-.027 212	-.230** 212	-.032 212
INK_Gesamtinkongruenz	r -.073 N 66	-.259* 66	-.211 66	-.425** 65	-.469** 66	-.246* 65	-.302* 65	-.322** 66	-.163 66	.133 66	-.076 66
Supervisorenbogen_ schw.Pat.	r -.175 N 81	.125 81	.140 81	.033 80	-.246* 81	-.328** 80	-.207 80	-.004 81	-.034 81	.058 81	.036 81
Supervisorenbogen_ Leistungsorientierung	r .013 N 81	.260* 81	.248* 81	.159 80	-.128 81	-.082 80	-.011 80	.155 81	-.122 81	-.228* 81	-.099 81
Supervisorenbogen_ Flex. Bedürfnis	r .013 N 81	.260* 81	.248* 81	.159 80	-.128 81	-.082 80	-.011 80	.155 81	-.122 81	-.228* 81	-.099 81





## Anhang 8 Erklärung zur Dissertation

Philosophisch-humanwissenschaftliche Fakultät  
Dekanat  
Fabrikstrasse 8, CH-3012 Bern

**u<sup>b</sup>**

b  
**UNIVERSITÄT  
BERN**

### Erklärung zur Dissertation

Hiermit bestätige ich, dass ich die Dissertation (Titel):

Effektive Psychotherapie

– Gibt es therapierelevante Kompetenzen, welche bereits vor der  
Psychotherapieweiterbildung einen Einfluss auf spätere Therapieerfolge haben? –

im Fach

Psychologie

unter der Leitung von Prof. em. Dr. phil. Franz Caspar

ohne unerlaubte Hilfe ausgeführt und an keiner anderen Universität zur Erlangung eines  
akademischen Grades eingereicht habe.

31.07.2021

Datum



Unterschrift

M. Sc./ M. adv.